

YAMK[Aihe]

Kliininen asiantuntija

2018

Sirkku Riikonen

# DIABETEKSEN ENNALTAEHKÄISY SAIRASTUMISRISKISSÄ OLEVIEN OMAHOITO- TUKEMALLA

Riikonen Sirkku

# DIABETEKSEN ENNALTAEHKÄISY SAIRASTUMISRISKISSÄ OLEVIEN OMAHOITOA TUKEMALLA

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää toimiva ryhmäohjausmalli prediabeetikoille, josta he saavat tarvitsemaansa tukea omahoitoon diabetekseen sairastumisen estämiseen tai sairastumisen siirtämiseen vuosilla eteenpäin. Tarkoituksena oli osoittaa ennaltaehkäisevän työn tärkeys Salon kaupungin terveydenhuollossa.

Kehittämisprojekti liittyi Salon kaupungin terveystalouden tavoitteeseen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseen sekä ennakoivan, itsenäistä toimintakykyä ylläpitävän, monipuolisen ja kattavan palvelujärjestelmän kehittämiseen. Diabeetikoiden määrä on kasvava koko yhteiskunnassa ja useiden tutkimusten mukaan sairastumista voidaan estää tai siirtää elämäntapamuutoksilla.

Projektiin liittyvän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää prediabeetikoiden odotuksia hyvästä ryhmäohjauksesta ja ryhmätoiminnasta sekä heidän tarvitsemastaan tuesta diabeteksen edellyttämässä elämäntapamuutoksessa. Tutkimustuloksia oli tarkoitus hyödyntää ryhmäohjaus- ja ryhmätoimintamallin suunnittelussa prediabeetikoille.

Tutkimusmenetelmä oli teemahaastattelu. Haastateltavat olivat työikäisiä ja heitä oli 8 henkilöä 75 seulotusta. Seulonta tapahtui diabetesriskitestin pisteiden perusteella ja pitkäaikaisverensokerin tuloksilla. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Tutkimuksen tulokset tukivat aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia eli odotukset olivat haastateltavilla samankaltaiset kuin aiemmin tehdyissä tutkimuksissa.

Prediabeetikoiden vähäinen löytyminen seulontojen perusteella oli yllätys. Odotuksena oli, että prediabetesta sairastavia olisi huomattavasti enemmän kuin heitä seulonnan ja riskitestipisteiden pohjalta löytyi.

Tutkimustulosten- ja kirjallisuuden pohjalta kehitettiin ryhmäohjausmalli prediabeetikoille. Jatko-kehittämis ehdotuksena on ryhmäohjausmallin siirtäminen palveluntuottajan internet sivuille, jotta palvelujen saatavuus helpottuisi. Tärkeää on myös terveydenhuollon henkilöstön ymmärryksen lisääminen ennaltaehkäisevän työn merkityksestä kaikessa kohtaamisessa terveydenhuollon palveluja annettaessa.

ASIASANAT:

diabetes, ennaltaehkäisy, ryhmäohjaus .

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme

2018 | 61 pages, 5 pages in appendices

Sirkku Riikonen

# PREVENTION OF THE DIABETES BY SUPPORTING SELF – CARE OF THE PERSON AT RISK OF DIABETES

The aim of this development project was to develop a functional group control model for the prediabetic. The model aims to prevent or delay the onset of diabetes by supporting the self – care of the prediabetics. The purpose was to show the importance of the preventive work in the public health service of the town of Salo.

The development project was linked with the city of Salo's objective to promote health and welfare, narrowing the differences in health and welfare, and developing a versatile proactive and comprehensive service system maintaining independent functional ability of the inhabitants. For the narrowing of anticipating, maintaining an independent ability to function, versatile and comprehensive service system. The number of the diabetics is growing in the whole society and according to several studies the becoming illness can be prevented or can be moved with lifestyle changes.

The aim of the project-related study was to investigate the expectations of prediabetics about good group control and group activities and their support for diabetes- specific lifestyle changes. The purpose was to make use of the study results in the planning of group counseling and group work models for prediabetics.

The research method was a theme interview. The interviewees were of working age and there were 8 persons 75 screenings. The screening took place on the basis of diabetes risk scores and long-term blood sugar results. The research material was analysed by content analysis. The results of the study supported the results of studies that have been conducted earlier in other words the expectations on the interviewees were similar to those of studies that have been done earlier.

Based on the results of study and, literature a group control model was developed for prediabetic. A further development plan is to transfer a group control model to the service provider's website to facilitate access to the services. It also is important to increase the understanding of the staff of the public health service in all the meeting of the preventive work when the service of the public health service are given.

## KEYWORDS:

diabetes, prevention, group control

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>7</b>
<b>3 TOIMINTAORGANISAATION KUVAUS</b>	<b>10</b>
<b>4 METABOLISEN OIREYHTYMÄN JA TYYPIN 2 DIABETEKSEN EHKÄISY</b>	<b>12</b>
4.1 Ravitsemus	13
4.1.1 Hiilihydraatit	14
4.1.2 Proteiinit	14
4.1.3 Rasvat	14
4.1.4 Vitamiinit ja kivennäisaineet	15
4.1.5 Alkoholi	15
4.2 Liikunta	16
<b>5 HOITOTYÖN ROOLI DIABETEKSEN EHKÄISYSSÄ</b>	<b>19</b>
5.1 Varhainen puuttuminen sairastumisen riskitekijöihin	19
5.2 Ohjaus hoitoon sitoutumisen edistäjänä	23
5.2.1 Tavoitteena elämäntapamuutos	26
5.2.2 Ohjaus hoitotyössä ja ohjausprosessi	28
5.2.3 Ohjauksen avulla voimavaraistuminen	33
5.3 Diabeteksen ehkäisyyn liittyviä hankkeita	34
<b>6 PROJEKTIN TOTEUTUS JA PROJEKTI ORGANISAATIO</b>	<b>37</b>
<b>7 PROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO</b>	<b>40</b>
7.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	40
7.2 Tutkimusmenetelmät ja aineisto	40
Kuvio 6. Odotukset ryhmäohjaukselta	47
7.4.2 Odotukset ryhmätoiminnalta	47
7.2.1 Elämänmuutoksessa tarvittava tuki	49
7.5 Pohdinta	50
7.5.1 Tutkimustulosten tarkastelu	50
7.5.2 Eettisyys ja luotettavuus	52

<b>8 PREDIABEETIKKOJEN RYHMÄOHJAUSMALLI SALON KAUPUNGIN TERVEYSPALVELUISSA</b>	<b>55</b>
<b>9 KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIOINTI</b>	<b>59</b>
9.1 Jatko- ja kehittämis ehdotukset	60
<b>LÄHTEET</b>	<b>61</b>

## LIITTEET

Liite 1-2. Diabetesriskitesti  
 Liite 3. Teemahaastattelurunko  
 Liite 4. Saatekirje  
 Liite 5. Tutkimustiedote

## KUVIOT

Kuvio 1. Salon terveyspalvelujen diabeteskäsikirjan kuvio	8
Kuvio 2 Terveyspalvelut	11
Kuvio 3. Käypähoitosuosituksen seulonta malli	20
Kuvio 4. Kehittämisprojektin organisaation tahot	39
Kuvio 5. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet	42
Kuvio 6. Odotukset ryhmäohjaukselta	45-47

## TAULUKOT

Taulukko 1. Vuorovaikutteisen ohjauksen keskeiset tekijät	30
Taulukko 2. Motivoivan ohjauksen periaatteita	31
Taulukko 3. Kehittämisprojektin eteneminen	38
Taulukko 4. Prediabeetikkojen ryhmätapaamisen aiheet	56
Taulukko 5. SWOT projektin haasteet ja vahvuudet	59

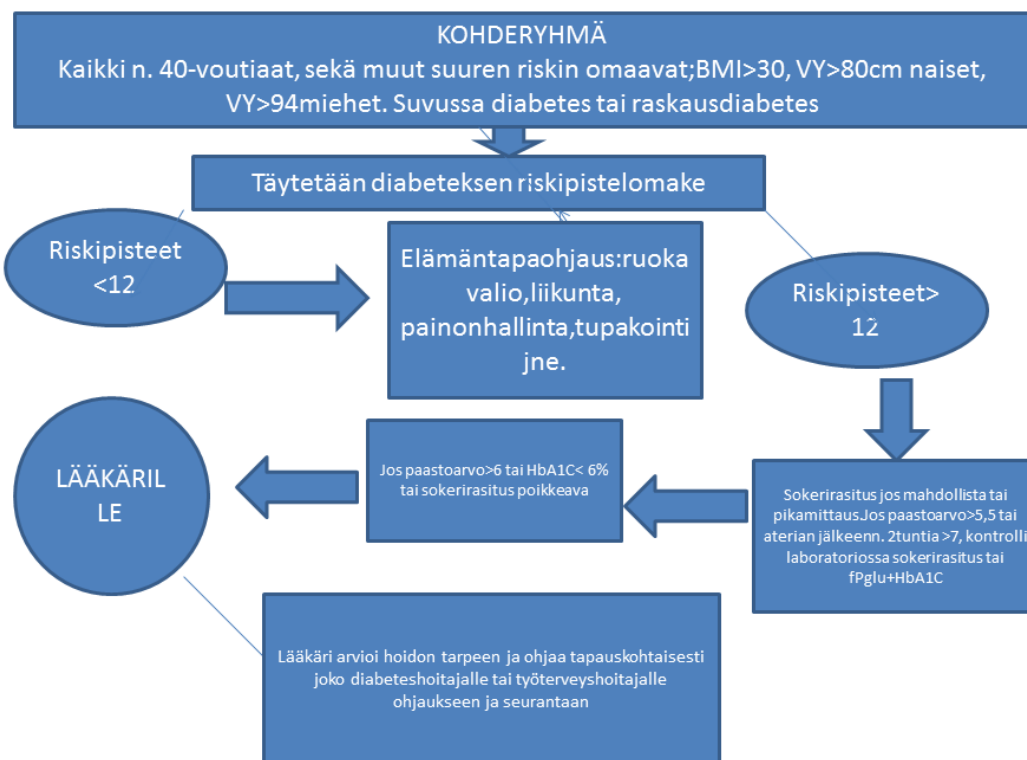
# 1 JOHDANTO

Kehittämiprojektin tavoitteena on luoda Salon kaupunkiin prediabeetikoille ryhmäohjausmalli. Diabeetikoille Salossa on selkeä hoitopolku, mutta diabeetikoiden lisääntyvä määrä on haaste terveydenhuollolle. Salon kaupungin tämän hetkisten taloudellisten syiden takia ryhmäohjaus on taloudellisempi tapa ohjata asiakkaita kuin yksilöohjaus. Kansaneläkelaitoksen tilasto tietojen mukaan uusia diabeetikoita, joille oli myönnetty Salossa lääkekorvausta vuonna 2009 oli 223 henkilöä ja vuonna 2011 heitä oli 385 henkilöä (Kela, 2011). Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämisohjelman (Diabeteksen ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO 2010) alkuvaiheessa Suomessa oli diagnosoituja diabeetikoita 180 000, joista tyyppin 2 diabeetikkoja oli 150 000 henkilöä. Tyyppin 2 diabeetikkojen määrän arvioitiin lisääntyvän 70%:iin vuoteen 2010 mennessä. Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan liikalihavuus, metabolinen oireyhtymä ja tyyppin 2 diabetes tulevat lisääntymään Euroopassa ja ennaltaehkäisy on avaintekijä. (Angeria ym., 2011, 26.)

DEHKO:n loppuraportin mukaan syyt tyyppin 2 diabeteksen lisääntymiseen Suomessa olivat ylipainon yleistyminen, liikunnan puute ja väestön ikääntyminen. Ohjelmalle asetettiin selkeät hoitotuloksia koskevat tavoitteet, joilla estettäisiin diabeteksen liitännäissairauksien syntyminen. Tavoitteena oli diabeetikoiden hoitotasapainon saavuttaminen puolella diabeetikoista ja välttävän hoitotasapainon saavuttaminen kolmannekselle diabeetikoista. Lisäksi tavoitteena oli sydän- ja verisuonisairauksien vähentäminen kolmanneksella, lisäsairauksien kuten jalkojen amputaation vähentäminen puolella, sekä silmien verkkokalvon sairauksien ja diabetekseen liittyvien munuaistautien vähentäminen kolmanneksella. DEHKO ohjelmaa laadittaessa tiedettiin, etteivät diabeetikon hoidon korkeat kustannukset johdu verensokerin kohoamisesta, vaan lukuisista lisäsairauksista, joita diabetes aiheuttaa. Tavoitteena oli tehostaa lääkkeettömiä hoitomuotoja. DEHKO ohjelman avulla pyrittiin vahvistamaan diabeetikon omia mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoonsa. Diabeteksen hoidon ohjaus nähtiin olennaisena osana diabeteksen hoitoa. (Diabeteksen ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO 2000- 2010, 9-13.) Myös suomalainen tutkimus (Diabetes Prevention Study, DPS) osoittaa kiistattomasti, että tyyppin 2 diabetes on ehkäistävissä elämäntapamuutoksilla. Tulosten mukaan elämäntapamuutokset vaikuttavat tehokkaasti silloin, kun kiinnitetään huomiota sekä liikunta- että ruokailutottumuksiin. Diabeteksen ehkäisy tulisikin ottaa osaksi Suomalaista terveydenhuoltoa. (Valle ym., 2001, 1571.)

## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Kehittämiprojektini **tavoitteena** on kehittää toimiva ryhmäohjausmalli prediabeetikoille, josta he saavat tarvitsemaansa tukea omahoitoon diabeteksen sairastumisen estämiseen tai sairastumisen siirtämiseen vuosilla eteenpäin. **Tarkoituksena** on osoittaa ennaltaehkäisevän työn tärkeys Salon kaupungin terveydenhuollossa. Salon kaupungin terveydenhuollossa diabeteksen ehkäisyä ja seulontaa toteutetaan potilasvastaanotoilla ja terveystarkastuksissa. Diabeteksen seulontaa tulisi tapahtua työterveyshuollon määräaikaistarkastuksissa, naisten ja miesten terveystarkastuksissa ja raskausdiabeteksen seulonnassa. Työterveyshuolto ja aikuisvastaanotot käyttävät tarkastuksissaan hoitopolkumallia joka on esillä Efficatietojärjestelmässä diabeteskäsikirjassa. Työterveystarkastuksissa ja aikuisvastaanotoilla tavatut diabeetikot ohjautuvat hoitoon Salon kaupungin diabeteskäsikirjan mukaan. Kaikille työterveystarkastuksiin tai aikuisvastaanotolle tuleville 40-vuotiaille tai sitä vanhemmille henkilöille tulisi tehdä diabetesriskitesti. Se tulisi tehdä myös silloin, jos henkilöllä on suuri riskin sairastua diabetekseen kuten huomattava ylipaino. Myös raskausdiabeteksen sairastaneet tulisi testata. Kaikki joiden diabetesriskipisteet on yli 12 saavat lähetteen sokerirasitus testiin ja näiden arvojen ollessa koholla ohjautuu hän lääkärille. Lääkäri arvioi ohjaustarpeen. Malli on kuvattu alla olevan kuvion 1 avulla.



Kuvio 1. Salon kaupungin diabeteskäsikirjan kuvio (Salon terveystieteiden Diabeteskäsikirja, 10)

Uusille diabeetikoille on tarjolla ensitietoryhmä, joka kokoontuu viisi kertaa vuodessa, tai yksilöllinen hoitajan vastaanotto. Vastaanotolla ja ryhmässä käsitellään sairautta, hoidon tavoitetta, liitännäissairauksia, elintapaohjausta ja sosiaaliturvaan liittyviä asioita. Prediabeetikoille ei ole seulonta- eikä ryhmäohjausmallia tarjolla. Lääkärit pystyvät kuitenkin jo nyt kirjoittamaan liikuntareseptejä, joiden kautta potilas ohjataan liikunta-toimiston palvelujen kautta vaikkapa liikuntaryhmiin.

Kehittämiprojektin tavoitteena on ryhmäohjausmallin luominen prediabeetikoille. Kei- nona joilla ryhmään kuuluvia prediabeetikkoja löydetään, on seuloa 45- 50-vuotiaat naiset PAPA- tarkastuksen yhteydessä ja työterveystarkastuksissa 45- 50-vuotiaat miehet ja naiset diabetesriskipistetestin avulla ja pitkäaikaisverensokeri- pikamittarilla. Asiakkailta, joilla diabetesriskipiste testin pisteet ovat 12 tai yli ja joiden pitkäaikais- verensokeri on 6,1 - 6,4 mmol eli 43- 47 prosenttia voidaan luokitella prediabetes. Haastatellaan asiakkaat, jotta saataisiin selville, millaiset odotukset heillä on toimivasta ryhmäohjauksesta. Salossa terveydenhuollon 45-vuotiaiden naisten PAPA- tarkastuk- siin on sisällytynyt vuodesta 2005 alkaen diabetesriskitestin (DMRISKI) tekeminen mui-

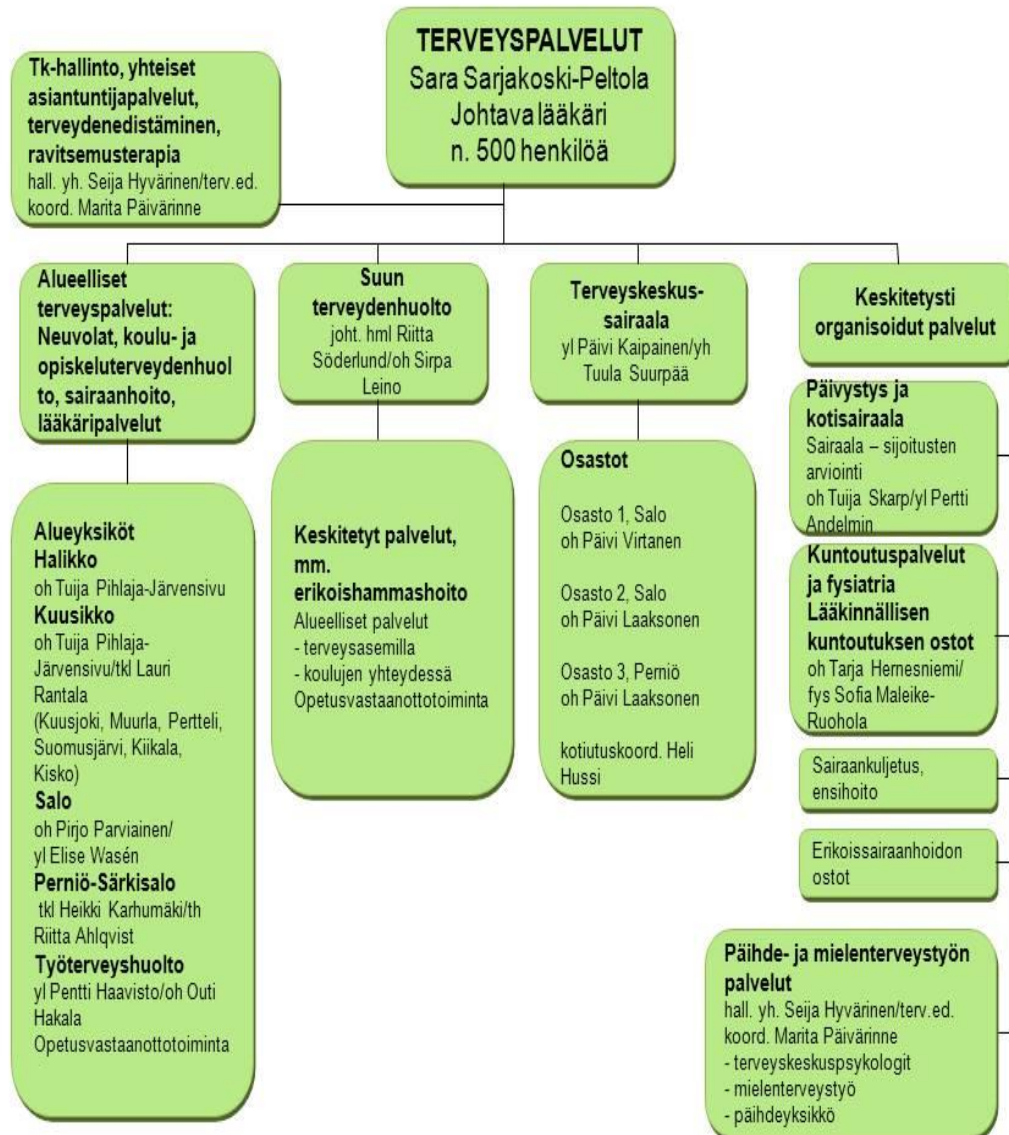


den mittareiden käytön (kuten TUTAP, ASKIVU, AUDIT, RR, BMI, NTT) lisäksi. Terveystarkastuksissa PAPA- näytteen oton yhteydessä 45-vuotiailla naisilla teemana on ollut diabeteksen, osteoporoosin ja hyperkolestromian ehkäisy. Nyt vuodesta 2010 lähtien Salon kaupungin taloudellisen tilanteen vuoksi terveystarkastuksista on karsittu pois esimerkiksi juuri diabetesriskitestin tekeminen, vaikka kaikki tutkimukset osoittavat miten tärkeää on ennaltaehkäisy ja asiakkaan oma varhainen puuttuminen elämäntapaansa. Työterveyshuolto testaa terveystarkastukseen tulevia asiakkaita Salon kaupungin diabeteskäsikirjan mallin mukaan ja käytössä olevien resurssien turvin. Äitiysneuvola seuraa raskausdiabeteksen mahdollisuutta raskaana olevien naisten kohdalta ja aikuisneuvolat asiakkaitaan diabeteskäsikirjan ohjeiden mukaan. Miesten osuus testauksissa jää ilmeisemmin vain terveystarkastusten osalle. Työttömien miesten testaus on vain harkinnanvaraista irrallisten lääkärissä käyntien kohdalla. Terveystarkastuksissa nähdään kuitenkin edelleen tärkeänä diabeteksen ehkäisy ja terveydenhuollon diabetesryhmien kokouksissa on keskusteltu ja suunniteltu prediabeetikoille omaa hoitopolkua ja ohjausryhmää. Tämän kaltaiselle diabeteksen ehkäisyyn kohdistuvalle kehittämishankkeelle on Salon terveydenhuollon johdon tuki, mutta varoja ei ole. Henkilökunnan tuki on nyt Salon kaupungin lomautusten ja säästöjen vuoksi huono, jaksamista ei kehittämiseen tahdo kaikilta tahoilta löytyä.

### 3 TOIMINTAORGANISAATION KUVAUS

Kehittämiprojektin toimintaorganisaationa on Salon kaupungin terveyskeskus. Suomen suurimman monikuntaliitoksen johdosta 1.1 2009 yhdistyi kymmenen kuntaa: Halikko, Kisko, Kiikala, Kuusjoki, Muurla, Suomensjärvi, Särkisalo, Salo, Pertteli, Perniö ja uusi kunta otti nimekseen Salo, jonka alueella asukkaita on noin 55 000. Perustehtävänä kaupungilla on peruspalvelujen järjestäminen niin, että kunnassa on hyvä elää, asua ja yrittää. Terveystoimen perustehtäväksi on määritelty palveluiden järjestäminen turvalliseen syntymään, tasapainoiseen kasvuun sekä hyvään ja toimintakykyiseen elämään. Toimialan palveluajatuksena on tuottaa kehittyneitä sosiaali- ja terveyspalveluita, jotka edistävät asukkaiden terveyttä, hyvinvointia ja itsenäistä elämää. Tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen sekä ennakoiva, itsenäistä toimintakykyä ylläpitävä, monipuolinen ja kattava palvelujärjestelmä. (Salon hyvinvointitilinpito, 2010,3.) Kehittämiprojektini koskee Salon terveyspalvelun alueellista palvelua, joihin kuuluvat neuvolat, koulu- ja opiskelija-terveydenhuolto, sairaanhoito ja lääkäripalvelut. Nämä näkyvät kuviossa 2 jossa käy myös ilmi muut Salon kaupungin tuottamat terveyspalvelut.

# Terveyspalvelut



Kuvio 2. Salon kaupungin terveyspalvelut (Salon sosiaali- ja terveystoimi intranet)

## 4 METABOLISEN OIREYHTYMÄN JA TYYPIN 2 DIABETEKSEN EHKÄISY

Tilaa, johon liittyy lihas- ja rasvakudoksen sekä maksan heikentynyt vaste insuliinille, kutsutaan insuliiniresistenssiksi. Insuliiniresistenssi esiintyy harvoin yksin. Se on yleensä lihavuuden, etenkin keskivartalolihavuuden kylkiäisenä. Myös häiriöt sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnassa sekä verenpaineen säätelyssä liittyvät insuliiniresistenssiin. Tällaista vaaratekijärypystä kutsutaan insuliiniresistenttioireyhtymäksi tai metaboliseksi oireyhtymäksi (MBO). Insuliiniresistenssin merkitys piilee siinä, että sen uskotaan altistavan monen kansataudin kuten tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien syntymiselle. Heikentynyt insuliinin sietokyky ja insuliiniresistenssi liittyvät länsimaiseen elämäntapaan. Altistavina tekijöinä ovat ruokavalio, liikalihavuus ja liikkumattomuus. Perintötekijä on yksi monista altistavista tekijöistä, eikä tähän tekijään pysty vaikuttamaan elämäntavoillaan. Liikunnalla on elimistöön lukuisia aineenvaihduntaa parantavia vaikutuksia, jotka kohdistuvat etenkin tähän ongelmavyöhytyyn. (Eriksson, 2003, 3097-3098.)

Diabetes on energiaa tuottavan ja elämälle välttämättömän sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee kohonneena verensokeripitoisuutena. Nykykäsityksen mukaan diabetes on joukko erilaisia ja eriasteisia sairauksia, joille yhteistä on kohonneena verensokeripitoisuutena ilmenevä energia-aineenvaihdunnan häiriö. Ne jaetaan kahteen eri päämuotoon: tyypin 1 diabetes eli insuliinin puutos- eli nuoruustyyppin diabetes ja tyypin 2 diabetes eli aikuistyyppin diabetes. Aineenvaihdintahäiriö aiheutuu tyypin 2 diabeteksessa haiman insuliinia tuottavien solujen heikentymisestä (insuliiniresistenssi) ja siihen liittyvästä samanaikaisesti häiriintyneestä ja riittämättömästä insuliinierityksestä. Avainasioita tyypin 2 diabeteksen hoidossa ovat vyötäröön keskittyneen lihavuuden kohtuullinen (5-10 %) laihduttaminen, päivittäisen liikunnan lisääminen ja terveellinen ravitus. (Saraheimo & Kangas, 2006, 8-11.)

Taipumus sairastua tyypin 2 diabetekseen periytyy vahvasti, mutta taudin puhkeamista voi ehkäistä oikeilla elämäntavoilla. Tautiin altistavia perintötekijöitä on kolmasosalla suomalaisista, ehkä enemmänkin. Sairastumisriski on 50% jos vanhemmilla tai sisaruksilla on tyypin 2 diabetes. Ylipaino, etenkin keskivartalolihavuus ja vähäinen liikunta ovat riskitekijöitä, joihin pystytään vaikuttamaan elämäntavoilla. Runsasenergistä syötävää ja juotavaa on tarjolla paljon ja energiaa kertyykin ravinnosta enemmän, kuin on

tarpeen. Stressi, tupakointi ja alkoholi lisäävät sairastumisriskiä ja ovat altistavia tekijöitä sydän- ja verisuonitaudeille. (Etu-Seppälä ym., 2004,3-9.)

#### 4.1 Ravitseminen

Sokeri- ja hiilihydraattirajoitus oli diabeteksen ruokavaliosuosituksen perusta vielä 1970-luvulla. Samoihin aikoihin alettiin tutkia ravintokuidun vaikutusta aterianjälkeisiin glukoosipitoisuuksiin ja diabeteksen pitkäaikaishoitotasapainoon. (Uusitupa, 2005, 1557.) Kaikkia diabeetikkoja koskevat ruokavalion tavoitteet ovat: 1. Saavuttaa tai säilyttää liitännäissairauksien riskin estämiseksi tai vähentämiseksi optimaalinen aineenvaihdunnan tila, kuten verensokerin viitealueella pysyminen, lipidi- lipoproteiiniprofiili, joka pienentää makrovaskulaaristen tautien riskiä ja alentaen verenpainetasoa, mikä taas pienentää verisuonitautien riskiä. 2. Ehkäistä ja hoitaa kroonisia diabeteksen liitännäissairauksia ja muokata ravinnonsaantia ja elämäntapoja lihavuuden, dyslipidemioiden, sydän- ja verisuonitautien, kohonneen verenpaineen ja munuaistautien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. 3. Edistää terveyttä terveellisten ruokien valinnan ja fyysisen aktiivisuuden avulla. 4. Ottaa huomioon henkilökohtaiset ja kulttuuriset valinnat kunnioittaen yksilön toiveita ja halukkuutta muutoksiin. (Aro, 2004, 2108.)

Ruokavalion koostumuksen ja diabeteksen yhteyttä on tutkittu vähän. Yksimielisyys kuitenkin on siitä, että runsaasti tyydyttyneitä rasvoja sisältävä ja niukkakuituinen ruokavalio altistaa diabetekselle. Ravintokuitu loiventaa aterian jälkeistä glukoosipiikkiä veressä. Ravinnon rasvan koostumus vaikuttaa solukalvojen lipidikoostumukseen joka taas vaikuttaa solujen insuliiniherkkyyteen. (Salminen ym., 2002, 1379.) Tuoreissa eurooppalaisissa suosituksessa diabeetikon energianlähteet muodostuvat hiilihydraateista (45- 60 %) kokonaisenergian saannista. Euroopassa kuten amerikkalaisissakin suosituksissa korostetaan kasvisten, etenkin palkoviljojen, hedelmien ja kokoviljatuotteiden käyttöä. Hiilihydraatit tulisi jakaa useammille aterioille päivässä. Suosituksissa todetaan lisäksi, ettei niukkahiihihydraattisille dieeteille ole tieteellistä perustaa. (Uusitupa, 2005, 1557.)

Kasvissyöjän ja vegaanin ruokavaliot tarjoavat merkittäviä etuja diabeteksen hallintaan. Vähärasvainen vegaanin ruokavalio parantaa glukoositasapainoa enemmän kuin perinteiset diabetesruokavaliot. Kasvissyöjän ja vegaanin ruokavalio parantaa plasman lipiditasoja, mikä estää ateroskleroosin etenemistä. Nykyisin käytettävissä oleva kirjalli-

suus viittaa siihen, että kasvisyöjän ja vegaanin ruokavalio auttaa hallitsemaan tyyppin 2 diabetesta. (Barnard ym., 2009, 255.)

#### 4.1.1 Hiilihydraatit

Hiilihydraattien osuudeksi ruokavaliossa suositellaan 45- 60 prosenttia kokonaisenergiasta. Hiilihydraattipitoisuus ruuan kokonaismäärästä riippuu henkilön mieltymyksistä sekä hoidollisista ja aineenvaihdunnallisista seikoista. Painonhallinnassa runsaasti hiilihydraatteja sisältävä ja vähärasvainen ruokavalio näyttäisi olevan tehokkain. Ravintorasvojen osuus kannattaa pitää kertatyydyttämättöminä rasvoina eli kasvisperäisinä rasvoina. Hiilihydraattien laadulla on suuri merkitys, koska hiilihydraateista saadaan myös runsaasti kuituja. Kuiduilla on suuri merkitys veren rasvataso- ja verensokeritasapainoon. Kuitujen lisäksi hiilihydraattipitoisesta ruokavaliosta saadaan vitamiineja ja kivennäisaineita. Hyviä hiilihydraatin lähteitä ovat kokojyväviljatuotteet, peruna, juurekset, marjat ja hedelmät ja nestemäiset maitotuotteet. Hiilihydraattien laatua kuvaa myös glykemiaindeksi (GI). Vielä ei ole pystytty selvittämään glykemiaindeksin merkitystä veren glukoosin ja veren rasvojen hallinnassa. (Aro, 2008,17.)

#### 4.1.2 Proteiinit

Proteiinin saanti väestössä on 10- 20 prosenttia kokonaisenergiasta. Tutkimusnäyttöä ei ole miksi tätä proteiinin saantisuositusta tulisi muuttaa jos munuaiset toimivat normaalisti. Diabeetikon saattaa olla järkevääkin välttää suosituksia runsaampaa proteiinin käyttöä. Proteiinia saadaan lihasta, lihavalmisteista, kalasta, munista, juustosta ja muista maitovalmisteista sekä palkokasveista. Proteiini ei nosta veren glukoosiarvoja ruokailun jälkeen, joten merkitystä ei ole veren glukoosiaineenvaihdunnan kannalta. (Aro, 2008, 17- 18.)

#### 4.1.3 Rasvat

Rasvojen laadulla on merkitystä, kovan rasvan korvaaminen pehmeillä rasvoilla tai öljyillä parantaa insuliiniherkkyyttä. On osoitettu, että, tyydyttyneen rasvan käyttö alentaa HDL- kolesterolia, ellei kovaa rasvaa korvata pehmeällä rasvalla. HDL- kolesterolin lasku voidaan estää myös lisäämällä liikuntaa. Suositeltavaa on, ettei ravinnon rasva-

määrä ylitä 35 prosenttia ravinnon kokonaisenergiasta. Rasvaa saadaan öljyistä, margariineista, voista sekä rasvaisista tuotteista, kuten makkaroista, jauhelihasta, juustosta, kermasta ja leivonnaisista. Diabeetikkojen on suositeltavaa vähentää runsaasti kolesterolia sisältäviä ruoka-aineita, koska ne nostavat kolesterolia. Kasvisteroleita käyttämällä voidaan laskea veren LDL- kolesterolia noin kymmenen prosenttia, annoksen tulee olla 2 gramma vuorokaudessa. (Aro, 2008, 18, 19.)

#### 4.1.4 Vitamiinit ja kivennäisaineet

Suosittelavaa on käyttää ruokia jotka sisältävät runsaasti antioksidantteja, rasvaliukoisia vitamiineja ja kivennäisaineita. Antioksidantit estävät hapettumista ja härskiintymistä. Niitä on kasviksissa, hedelmissä ja marjoissa. Tutkimusnäyttöä on, että kasvien, marjojen ja hedelmien käyttö suojaa sydän- ja verisuonitaudeilta. Tutkimuksissa ei ole pystytty osoittamaan mitään yksittäistä tekijää suotuisaksi vaikuttajaksi. Vitamiinien liiallinen käyttö saattaa myös olla haitaksi jos niitä käytetään suurina annoksina ravinnon lisänä. (Aro, 2008, 19.)

#### 4.1.5 Alkoholi

Vähäinen alkoholin käyttö on yhteydessä pienempään sairastuvuuteen sydän- ja verisuonitauteihin kuin alkoholia käyttämättömillä. Alkoholi kuitenkin laskee tai nostaa verensokeriarvoja, vaikutus riippuu alkoholin määrästä ja juodaanko alkoholia ruuan yhteydessä. Diabeetikon suositellaan käyttävän alkoholia vain ruokailun yhteydessä ja silloinkin alkoholimäärien tulisi olla kohtuulliset. Alkoholi saattaa tehostaa insuliinin vaikutusta tai laskea suun kautta otettavien verensokerilääkkeiden vaikutusta. Alkoholia ei pidä käyttää lainkaan jos on raskaana tai jos on alkoholiongelmia tai terveysongelmia kuten haimatulehdusta, hermostomuutoksia tai korkeaa veren triglyseridipitoisuus. (Aro, 2008, 19, 20.)

### **Kohti terveellisempää syömistä**

Ateriarytmi kannattaa pitää säännöllisenä, ruokailu 3-4 tunnin välein, ateriaksi laskeaan myös välipalat. Ruokailua tarkkaillaan muutaman päivän ajan, jolloin kirjataan ylös kaikki syöty ruoka. Nälkäasteikon käyttäminen ateriarytmin löytämiseksi on oiva apuväline. Ennen jokaista syömiskertaa kirjataan ylös näläntunne asteikolla yhdestä kymme-

neen. Normaali, hallittavissa oleva nälkä asettuu asteikon arvoille 4-7. Jos nälkä on todella kova, puhutaan arvoista 8-10. Asteikon arvot 2-3 kuvaavat täyttä oloa ja ykkösen kohdalla vatsa on aivan täynnä.

Jos kokee usein päivän aikana todella kovaa nälkää, syö todennäköisesti liian harvoin tai liian vähän. Liian harvat ateriavälit kostautuvat usein hotkimisena, jolloin tulee helposti syötyä liikaa. Pitkäksi venyvä ateriaväli lisää usein myös makean mielitekoa ja turhaa napostelua. Jos tämä kuulostaa tutulta, sinun kannattaisi miettiä, voisiko johonkin väliin lisätä kunnollisen välipalan. Jos taas syö usein, vaikka ei olisi ollenkaan nälkä (asteikon arvot 1-3), voi olla kysymys siitä, että syö myös tavan tai huvin vuoksi. Ateriarytmi on tällöin turhan tiheä ja annokset liian suuria. Toisaalta varsinaiset ateriavälit saattavat olla pitkiäkin, mutta aterioiden välillä tulee naposteltua.

Kasviksia ja hedelmiä tulisi syödä puoli kiloa päivässä. Kasvisten ja hedelmien osuus kannattaa jakaa viiteen tai kuuteen osaan päivää eli jokaiselle aterialle. Rasvan määrää ja laatua tulee tarkkailla. Rasva sisältää kaksi kertaa enemmän energiaa kuin hiilihydraatit tai proteiini. Rasvoja on kahta laatua, kovia ja pehmeitä rasvoja. Rasvojen laatuun tulee kiinnittää huomiota. Ruokavaliosta tulisi karsia pois kovat rasvat, sillä ne nostavat veren kolesterolipitoisuutta ja lisäävät ruuan energiapitoisuutta. Pehmeät rasvat sisältävät välttämättömiä ravintorasvoja, joita elimistö ei pysty itse muodostamaan. Ne sisältävät myös rasvaliukoisia vitamiineja. Vaikka haluaisi hallita painoa, näitä pehmeitä rasvoja ei kannata poistaa ruokavaliosta.

Runsaan kuidun saanti auttaa painon hallinnassa. Ravintokuiduilla on paljon muitakin terveysvaikutuksia. Kuitupitoinen ruoka lisää ruuan tilavuutta ja pienentää syödyn ruuan energiatiheyttä. Kuitu tehostaa suolen toimintaa, hillitsee aterian jälkeistä verensokerin nousua, vähentää vaaraa sairastua verisuoni- ja sydäntauteihin, vähentää vaaraa sairastua joihinkin syöpäsairauksiin ja alentaa veren kolesterolia. Suola ei lihota, mutta runsassuolainen ruoka kerää elimistöön nestettä. Liiallinen suolan käyttö on terveydelle vaarallista. Alkoholin käyttö tulee pitää kohtuullisena ja päivittäistä käyttöä tulisi välttää. Alkoholi sisältää myös runsaasti energiaa. (Pieni Päätös Päivässä, 2013.)

## 4.2 Liikunta

WHO on luokitellut vähäisen liikunnan neljänneksi suurimmaksi riskiksi kuolleisuudelle. Liikunnan tiedetään vaikuttavan moniin kroonisiin sairauksiin ennaltaehkäisevästi.



Pelkkä liikunnan merkitys painon pudotukseen ei ole suuri, mutta liikunnan ennaltaehkäisevä merkitys keskivartalolihavuuteen tyyppin 2 diabeteksessa ja ennen aikaisten kuolemien vähentämiseen on suurempi. Tämän väestötutkimuksen mukaan, jota Waller (2011) käsittelee artikkelissaan, passiivinen elämäntapa on suurin riskitekijä tyyppin 2 diabeteksessa ja jo pienelläkin liikunnan lisäämisellä vähennetään diabeteksen riskiä. Liikunta määritellään fyysiseksi aktiivisuudeksi (physical activity), joka tarkoittaa lihasten tahdonalaista, energiankulutusta lisäävää, yleensä liikkeeseen johtavaa toimintaa. Liikunta (physical exercise) tarkoittaa sellaista fyysistä aktiivisuutta, jota toteutetaan tiettyjen syiden tai vaikutusten takia ja yleensä harrastuksena. (Diabetes: Käypähoito-suositus, 2011.) Korkiakankaan (2010) mukaan liikuntamotivaatio muodostuu liikunnallisesta pääomasta, jossa on neljä toisiinsa sidottua osatekijää: liikuntatottumus, liikunta-aktiivisuus, liikunta voimavarana ja elämäntilanteen kokeminen liikunnalle suotuisana. Liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät muuttuvat eri elämän vaiheissa ja elämäntilanteissa. Työikäiset kokivat liikuntamotivaatiota lisäävinä tekijöinä tekniset apuvälineet, liikuntapäiväkirjan, halun kuulua liikunnallisten ihmisten joukkoon, liikunnallisten ystävien ihailun ja omille lapsille mallina olemisen. Liikuntamotivaation kuvaaminen liikunnallisen pääoman kautta tarjoaa työvälineen elintapaohjaukseen ja liikuntaneuvontaan. (Korkiakangas, 2010, 16.)

Liikunta vähentää kehon rasvamäärää, parantaa insuliiniherkkyyttä, laskee verenpainetta, laskee verenpainetta ja vaikuttaa myönteisesti muihinkin metabolisiin oireyhtymien tekijöihin. Tutkimusten perusteella säännöllinen liikunta ehkäisee painon nousua ja lihavuutta. Vaikka liikunnan merkitys yksittäisiin vaaratekijöihin on pienehkö, liikunta korjaa niistä monia siinä määrin, että sen suojaava vaikutus on verrattavissa lääkehoitoon. Liikunnan on osoitettu vähentävän vatsan alueen rasvamäärää, mutta kokonaisenergian saannilla ei olisi yhteyttä vatsa-alueen rasvan määrään. Liikunnan määrä ja sen aiheuttama energiankulutus on painonhallinnassa tärkeämpää kuin sen rasittavuus. Liikunnalla on sekä lyhyt- että pitkäaikaisvaikutusta insuliiniherkkyyteen ja glukoosinsietokykyyn. Säännöllinen kestävyysliikunta parantaa insuliiniherkkyyttä. Tämä selittyy erityisesti vatsaontelon sisäisen rasvamäärän vähenemisellä ja luustolihasiston määrän lisääntymisellä ja laadun paranemisella. (Laaksonen & Lakka, 2007, 18-22.)

Suomen Käypähoitosuosituksen mukaan tavoitteena on käyttää liikuntaa sairauksien ennaltaehkäisyssä. Liikunta on myös keskeinen elämäntapamuutos tyyppin 2 diabetek-

sen ja monien muiden pitkäaikaissairauksien hoidossa. Liikuntasuositus on 16- 64-vuotiaille kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa (aerobista liikuntaa) 2,5 tuntia viikossa (esimerkiksi 30 minuuttia päivittäin 5 päivänä viikossa) tai raskasta liikuntaa kuten hölkkää 1 tunti ja 15 minuuttia viikossa, jaettuna esimerkiksi 3 liikuntakertaan. Kestävyysliikunnan lisäksi tarvitaan lihasten voimaa ja kestävyttä ylläpitävää liikuntaa. (Diabetes: käypähoito-suositus, 2011.) Tutkimusten mukaan kuntosaliharjoittelu parantaa glukoosiaineenvaihduntaa. Parhaat tulokset saatiin yhdistämällä kuntosaliharjoittelu kestävyysliikuntaan. Kuntosaliharjoittelu paransi insuliiniherkkyyttä lisäämällä luustolihas-  
hasten määrää ja vähentämällä rasvakudosta sekä vatsanalueelta että yleisesti koko vartalosta. Kuntosaliharjoittelu soveltuu niillekin henkilöille, joilla on tuki- ja liikuntaelin-sairauksia. (Laakso & Lakka, 2007,18 - 22.) Liikunnan vähäinenkin lisääminen on eduksi. Istumakäyttäytyminen on yksi riskitekijä ja siksi tulisikin lisätä kaikenlaista fyysistä toimintaa ilman muodollisia harjoituksia. Kaikenlainen päivittäinen puuhailu, kävelyt, kodinhoito, puutarhanhoito ym. auttavat lisäämään huomattavasti päivittäistä fyysistä aktiivisuutta. (Jackson ym., 2007,27- 28.) Oba ym. (2011) kertovat yhteisölle suunnatun ohjauksen tärkeydestä, miten se helpottaa osallistumista ja toteutusta, kuten esimerkiksi hula-hula vanteen käyttö liikuntamuotona Thaimaassa. Vyötärön ympärysmitta ja BMI alenivat huomattavasti kolmen kuukauden aikana.

## 5 HOITOTYÖN ROOLI DIABETEKSEN EHKÄISYSSÄ

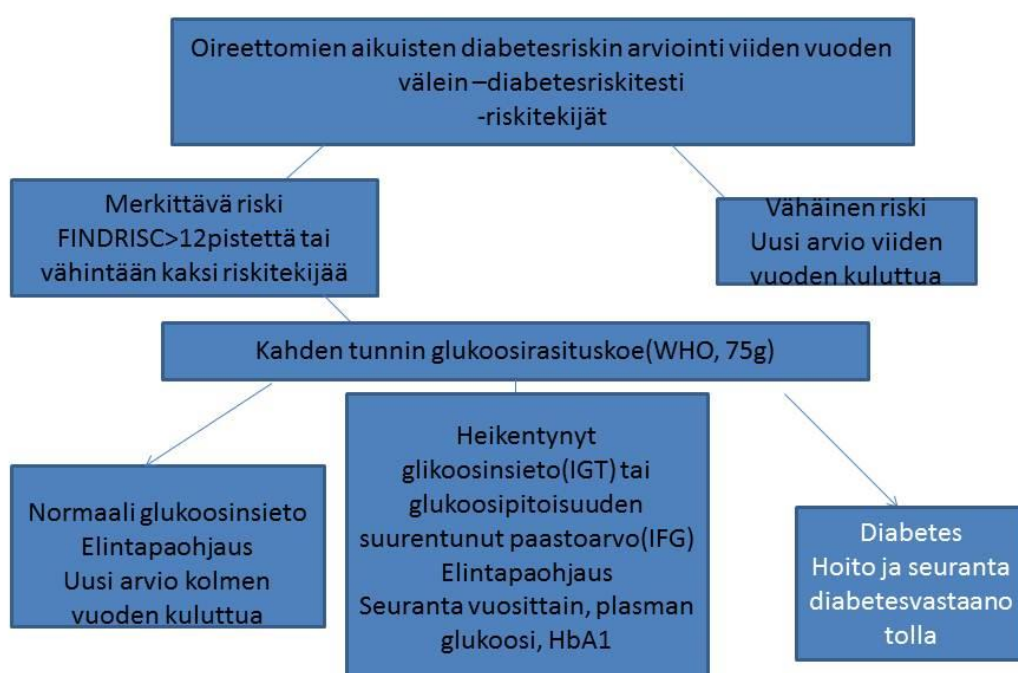
Vuoden 2006 YK:n julkilauselmassa todetaan diabetes ja sen yleistyminen yhdeksi maailman keskeisimmistä terveysongelmista. On arvioitu, että ihmisen sairastuttua diabetekseen 40-vuotiaana hän menettää 18,6- 22 laatupainotteista elinvuottaan ja lisäksi lähes kahdella kolmasosalla 47- 74- vuotiaista diabetes on tunnistamatta. Tutkimusnäyttö elämäntapaintervention vaikutuksista on suomalaisen The Diabetes Prevention Study –tutkimuksen (DPS) ja yhdysvaltalaisen The Diabetes Prevention Program -tutkimuksen (DPP) mukaan vaikuttava. Varsin kohtuullisilla elämäntapamuutoksilla tyypin 2 diabeteksen sairastumisriski puoliintuu. Development and Implementation of a European Guideline and Training Standards for Diabetes Prevention-hanke (IMAGE) on EU-rahoitteinen tutkimustyöhanke, jonka tavoitteena on kehittää 20:lle Euroopan maalle käytännön työkaluja ja standardeja diabeteksen ehkäisyohjelmiin. (Lindström ym., 2011, 49- 54.) Terveystenhuollon kustannuksia vähentävät keinot ja hoidon laadun parantamiseksi tarkoitetut keinot on koettu kiireellisiksi toimiksi esimerkiksi Yhdysvalloissa, jossa on suoritettu tutkimuksia terveyspalvelujen suunnitelmallisuuden ja käytäntöjen laadun parantamiseksi ilman suurien resurssien lisäämistä. (Turbyville ym. 2010, 301- 309.)

Suomalaisen Ikihyvä- hanke tavoittelee yhteiskunnallista vaikuttamista kuin tieteellistä tuottavuuttakin. Hankkeessa nähtiin ennaltaehkäisevän työn merkitys perusterveydenhuollossa joka palvelisi erikoissairaanhoidoakin. Ikihyvä – ryhmätoimintamallin tavoitteellinen toimintatapaohjaus perustuu asiakkaan vastuunottoon joka auttoi vähentämään diabeteksen riskitekijöitä. (Abzet & Valve, 2006.)

### 5.1 Varhainen puuttuminen sairastumisen riskitekijöihin

Sairauksien ehkäisyllä eli preventiolla tarkoitetaan keinoja, joilla ylläpidetään terveyttä. Terveysten näkökulmasta preventiolla pyritään yksilön ja yhteisöjen terveyttä lisäävien voimavarojen kasvattamiseen. Primaaripreventio on toimintaa, jolla pyritään estämään taudin esiasteen syntyminen, sen tärkeimpinä keinoina on rokotukset ja terveysneuvonta. Terveysten neuvonnalla pyritään estämään liikapainon kehittyminen, tupakointi ja lisäämään liikuntaa. Näiden diabetestakin ehkäiseviin asioihin ja neuvontaan hoitohenkilökunnan tulisi pystyä vastaamaan jokaisessa perusterveydenhuollon toimipisteessä.

(Koskenvuo & Mattila, 2009.) Käypähoitosuosituksen päätavoitteena on antaa keinoja diabeteksen ehkäisyyn, varhaiseen toteamiseen, elämänlaadun parantamiseen ja komplikaatioiden estoon. Tarkoituksena on löytää uudet diabeetikot varhaisessa vaiheessa seulomalla systemaattisesti riskiryhmiä ja tarkentamalla diabeteksen diagnostiikkaa. Käypähoitosuosituksen seulontamalliesimerkki esitetään kuviossa 3.



Kuvio 3. Käypähoitosuosituksen (2010) seulontamalli (Diabetes: käypähoito-suositus, 2011.)

Osana sekundaaripreventiota voidaan pitää seulontaa, joka kohdistuu sairauden esias-  
teisiin ja niistä aiheutuneisiin riskitekijöihin (Koskenvuo & Mattila, 2009). Riskihenkilöt  
pyritään löytämään muun muassa käyttämällä tyyppin 2 diabeteksen vaaran arviointilo-  
maketta. Tämän lomakkeen käyttö on DEHKO- hankkeen keskeinen keino tunnistaa  
korkean riskin henkilöt. Se on edullinen, helppo, luotettava ja nopea tapa arvioida tyy-  
pin 2 diabetesriskiä. (Lindström & Tuomilehto, 2003, 725- 731.) Testi on helppo tehdä  
omatoimisesti muutamassa minuutissa, esimerkiksi internetissä Diabetesliiton sivuilla.  
Salossa diabetesriskitestejä on myös asetettu tarjolle ja täytettäväksi apteekkeihin ja  
terveydenhuollon ja neuvoloiden odotusauloihin. Diabetesriskitesti on helppo täyttää ja

siinä olevat ohjeet neuvovat toimimaan oikein ja hakeutumaan tarvittaessa hoitoon. Liitteenä 1 diabetesriskitesti.

Sairauden etiologiasta ja varsinaisista riskitekijöistä tulee olla tietoa ennen sairauden ehkäisyn suunnittelua. Prevention tehokkuutta arvioitaessa tulee punnita siihen liittyvät hyödyt ja haitat, yksilö- ja yhteiskuntatasolla. Väestötasolla diabeteksen ehkäisyn tai sairauden siirtäminen vuosilla on todettu olevan kansantaloudellisesti kannattavaa. Yksilötasolla preventiiviset toimenpiteet ottavat huomioon iän, sukupuolen, potilasryhmän ja perinnöllisen alttiuden. (Koskenvuo & Mattila, 2009.) Useimpiin tyyppin 2 diabeteksen vaaratekijöihin voidaan vaikuttaa elämäntapamuutoksilla. Näitä tekijöitä ovat ylipaino, vyötärölihavuus, vähäinen liikunta ja epäterveellinen ruokavalio. DPS ja DPP ovat selkeästi osoittaneet elämäntapamuutosten tehon tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä, mutta tutkimuksissa tarvittiin paljon resursseja ruokavaliohoidon ja liikuntaintervention toteuttamiseen. Suurista kustannuksista huolimatta elämäntapamuutokset ovat olleet kustannusvaikuttavia. Perusterveydenhuollossa tarvitaan uusia työkaluja (mm. ryhmäohjausta) paljon resursseja vievän yksilöohjauksen lisäksi. Tyyppin 2 diabetesta ei voida ehkäistä, ellei suuressa vaarassa olevia löydetä perusterveydenhuollossa. Suvussa esiintyvä diabetes on suurin riskitekijä diabetekseen sairastumiseen. Raskaudenaikainen diabetes ja aikaisemmat lievät glukoosiaineenvaihdunnan häiriöt kuten vaurioitunut glukoositoleranssi (IGT) ja insuliinin kaltainen kasvutekijä (IFG) ennustavat selvästi diabetesta. Iän mukana diabetesriski kasvaa. Ylipaino ja vähäinen liikunta ennustavat väestötasolla diabetesta, mutta yksittäistapauksissa ennustettavuus ei ole kovinkaan suuri. Huomattava vyötärölihavuus on kuitenkin yhdessä rasva-aineenvaihdunnan kanssa suuri diabetesriskitekijä. Tupakointi on kiistatta myös yksi diabetesriskitekijä. Kaikki tähän mennessä julkaistut diabeteksen ehkäisy- tutkimukset ovat kohdistuneet suuren riskin henkilöihin, joilla on ollut lievä glukoosiaineenvaihdintahäiriö. Pelkkään perusterveydenhuoltoon panostamalla ei diabetesepidemiaa voida hallita tulevaisuudessa, vaan tarvitaan väestötason strategiaa. Ilman koko väestön painonlaskua ei diabetesepidemiaa voida tulevaisuudessa hallita. Elämäntapamuutosten avulla on oletettavaa, että tyyppin 2 diabetes on paljolti ehkäistävissä pysyvin elämäntapamuutoksien. (Laakso & Uusitupa, 2007 1439 -1446.)

Diagnoosivaiheessa jopa 25 %:lla tyyppin 2 diabeetikoista todetaan jokin diabeteksen mikrovaskulaarinen komplikaatio. On arvioitu, että keskimääräinen viive diabeteksen toteamiseen on noin 4-7 vuotta. Diagnostikassa käytettyjen keinojen avulla tulisi havaita diabetes mahdollisimman varhain. Kansainvälinen diabetesyhteisö on ottanut

HbA1c- arvon mukaan tyypin 2 diabeteksen diagnostiseksi kriteeriksi suun kautta tehtäväksi kahden tunnin glukoosirasituskokeeksi (OGTT) rinnalle ja Suomen tulisin seurata perässä. Varhaisessa diagnostiikassa OGTT-tutkimus on edelleen suositeltavin, mutta HbA1c-mittaus tarjoaa hyvän lisän tyypin 2 diabeteksen diagnosointiin sen rinnalle. ( Vehkavaara, 20011, 1227- 1234.) Ylä- Pirkanmaan diabeteshoidon kehittämishankkeen ( DILLI 2006- 2008 ) tavoitteena oli estää kaikkien tyypin- 2 diabeteksen lisäsairauksien syntyminen. Hankkeen aikana pyrittiin löytämään varhaisessa vaiheessa tyypin- 2 diabeetikot ja ohjaamaan heidät hoitoon ja ohjaukseen varhaisessa vaiheessa. Hankkeen onnistumisen edellytyksenä oli hoitohenkilökunnan kouluttaminen tunnistamaan diabeteksen lisäsairauksien riskit ja varmistamaan hoitohenkilökunnan hyvä diabetesosaaminen. Moniammatillinen yhteistyö lisääntyi ja hankkeen yhtenä tuloksena syntyi Alueellinen diabeteshoitomalli. (Paarlahti ym., 2008.) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Diabetesliiton koordinoimassa D2D -hankkeessa käytännön toimijoina olivat sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon terveyskeskukset ja työterveyshuollot. Valkeakosken aluesairaala, seudun terveyskeskukset ja yksityiset työterveyspalveluja tuottajat osallistuivat D2D- hankkeeseen ja halusivat taata hyödyllisen toiminnan jatkumisen alueella. Tavoitteena oli parantaa sairastumisriskissä olevien ja diagnosoimattomien diabeetikoiden tunnistaminen, sopia seulontojen ja ohjauksen työnjaosta sekä tehostaa varhaista puuttumista, hoitoa, ohjausta ja tukea. (Saaristo ym., 2003 – 2007, 1-11.)

Salon kaupungin perusterveydenhuollossa diagnosoimattomien diabeetikkojen löytämiseen ei selkeää mallia ole, vaan seulonta tapahtuu työterveystarkastusten, aikuisneuvola- ja äitiysneuvolakäyntien yhteydessä Salon terveyskeskuksen diabeteskäsikirjan ohjeen mukaan (kuvio 1 Salon terveyskeskus diabeteskäsikirja). Salossa ei varhaiseen puuttumiseen löydy selkeää mallia, käypähoitosuosituksen mukaan ( kuvio 3 Seulontamalli ) hoitohenkilökunta toimii resurssien mukaan. Hoitohenkilökunnan osaamista ei erityisesti ole tarkistettu diabetesosaamisen osalta. Diabeteskoulutuksiin pääsee, mutta se vaatii hoitohenkilökunnan omaa aktiivisuutta kouluttautumisiin. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri osallistui Hoitoreitit hankkeeseen 2005- 2007. Tavoitteena oli parantaa silmänpohjakuvausten kattavuutta ja saada kaikki silmänpohjakuvat samaan arkistoon, josta ne olisivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytettävissä. Toimintamalli mahdollistaa saumattoman hoitoketjun. (Rönnemaa ym., 2005 - 2007.) Oulun kaupunki lähti kehittämään omahoitojärjestelmää verkkoon ja keskeistä siinä oli elämäntapa- ja elämäntavoitteen asettaminen. Tehokas seulonta tapahtuu verkossa diabetesriskitestin avulla. Riskitestiin oli lisätty muutamia kysymyksiä elämäntavoista ja mielialasta. Tes-

tissä saatujen pistemäärien mukaan potilas ohjautuu eteenpäin terveyden edistämisen ja hyvinvoinnin arvioinnin prosessissa. Hoitajan vastaanotolle päätyneet potilaat täyttivät Oman terveyden avaintekijä -lomakkeen, jossa potilas itse jo kirjaa asioita, joissa hän on valmis tekemään omaan elämäänsä muutoksia. (Angeria ym., 2011, 26- 27.)

## 5.2 Ohjaus hoitoon sitoutumisen edistäjänä

Elämäntapamuutokset edellyttävät omahoitoon sitoutumista, jonka edistämässä ohjaus on avainasemassa. DEHKO D2D- hankkeen suuren diabetesriskin tutkimuksessa peräti joka viidenneltä mieheltä ja joka kymmenenneltä naiselta löytyi diagnosoimaton diabetes. Suuressa sairastumisriskissä olevaa väestöä ja terveydenhuollon asiakasta tunnistettiin diabetesriskilomakkeen ja esitietojen avulla. Suuressa sairastumisriskissä olevien elämäntapaneuvonta perusterveydenhuollossa alentaa asiakkaiden painoa ja vähentää näin diabetesriskiä. Tulevaisuuden haasteena on löytää diabetesriskissä olevat henkilöt ja se, että heidät saataisiin tietoisiksi sairastumisriskistään sekä muuttamaan elämäntapojaan riskin pienentämiseksi. (Saaristo ym., 2010, 2369- 2377.)

Tutkimushankkeessaan Lipponen ym. (2006) totesivat ohjauksen laatuun vaikuttavan ohjaajien tiedot, taidot ja asenteet sekä ohjausmateriaalien käyttö, toimintamahdollisuudet ja ohjauksen toteutus. Kehitettävää kuitenkin löydettiin ohjausmenetelmien hallinnassa, ohjauksen ajoittamisessa, sekä myös henkilöstön tiedoissa ja taidoissa. Hyvä ohjaus edellyttää asianmukaisia toimintaedellytyksiä. Ohjaustaitoja voidaan tutkimuksen mukaan pitää hyvänä, asenteet ohjausta kohtaan ovat pääsääntöisesti myönteiset, ohjausmenetelmien käyttö kylläkin yksipuolista. Mitä enemmän henkilökunta käytti aikaa ohjaamiseen sen paremmin he kokivat hallitsevansa ohjauksen. Työkokemuksella ei juurikaan ollut merkitystä ohjaukseen. Ohjauksen laatu vaihtelee jonkin verran terveyskeskusten välillä. Ohjauksen laatu riippuu ohjaajasta ja ohjauspaikasta ja näin potilaat eivät aina ole tasavertaisessa asemassa. (Lipponen ym., 2006, 132-133.)

Hoidonohjauksen tavoitteena on Käypähoitosuosituksen mukaan antaa diabeetikolle sellaiset tiedot ja taidot, että hänestä tulee oman hoitonsa arkipäivän asiantuntija ja että hän pystyy tekemään omaa hoitoaan koskevia valintoja (Diabetes: käypähoito, 2011). Nykykäsityksen mukaan ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa asiakas on aktiivinen pulman ratkaisija, ja hoitaja tukee häntä päätöksenteossa. Ohjaus sisältää myös tiedon antamista, kun asiakas on itse kykenemätön ratkaisemaan tilannetta. Ohjaussuhde on ta-

savertainen ja tapahtuu vuorovaikutuksessa. Ohjaus rakentuu niille asioille, jotka asiakas nostaa esille. Ohjauksen tarve voi liittyä asiakkaan terveysongelmiin, elämäntaito-ongelmiin, elämänkulun tai elämäntilanteen muutosvaiheisiin. Hoitajan tehtäväksi jää tunnistaa ja arvioida ohjaustarpeita yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjauksen lähtötilanteeseen tulee kiinnittää riittävästi huomiota, samaankin ryhmään kuuluvien asiakkaiden tarpeet voivat olla hyvin erilaiset. Ohjaustavoitteisiin pääsemiseksi tulee tunnistaa asiakkaan taustatekijät sekä myös hoitajan omat taustatekijät. Fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset- ja ympäristötekijät vaikuttavat siihen, miten asiakas pystyy ottamaan ohjausta vastaan. (Kyngäs ym., 2007, 25- 31.)

Asiakkaan fyysisiin taustatekijöihin kuluvat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Nämä vaikuttavat ohjaustarpeeseen. Suunniteltu ryhmäohjausmalli kehittämisprojektissa koskee 45-vuotiaita, jotka eivät ole sairastuneet ja joiden terveydentila on mahdollisesti hyvä. Tämä asettaa ohjaukselle haasteen, miten saada motivoitua sairauden ennaltaehkäisyyn, ellei sairautta ole. Psyykkisiä tekijöitä ovat erityisesti käsitykset omasta terveydentilasta, terveyskokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja -valmiudet sekä motivaatio. Ryhmäohjauksessa ohjaajan tehtäväksi tulee luoda motivaatio elämäntapamuutokseen. Motivaatio syntyy selkeistä tavoitteista jotka on konkretisoitu. Onnistumisodotukset asiakkaalla liittyvät siihen, kokeeko asiakas pystyvänsä ja osaavansa tehdä ja muuttaa elämäntapaansa liittyviä asioita. Näihin ohjaajan tulee pystyä vastaamaan kannustamalla ja oikeanlaisen tiedon antamisella. Asiakkaat toivovat hoitajalta aloitteellisuutta ja herkkyyttä tiedon ja ohjeiden antamisessa. Puute eri vaihtoehdoista vaikeuttaa asiakkaan ratkaisua ja päätöksentekoa. Aikaisemmat terveyskokemukset vaikuttava siihen, miten asiakkaat suhtautuvat ohjaukseen. Kehittämisprosessissa ryhmään kuuluvilla henkilöillä ei mahdollisesti ole aikaisempia kokemuksia sairastumisesta tai hoidoista. Asiakkaiden mieltymykset vaikuttavat myös ohjaukseen ja näin kompromissien löytäminen ryhmässä on haasteellista. Hoitajan tehtäväksi jää auttaa asiakasta tunnistamaan omia tarpeitaan. Ohjausmenetelmien valinta vaatii tietoa myös asiakkaiden oppimistyylistä. Hoitajan tulee perehtyä tämän vuoksi asiakkaiden taustoihin. Hoitajan ohjausvalmiuksia lisäävät tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä. Hoitajalla tulee olla myös vuorovaikutus- ja johtamistaitoja. Ohjaajalla tulee olla kyky hallita erilaisia prosesseja, kuten oppimista, tiedonhankintaa ja päätöksentekoa. Hänen tulee kannustaa asiakasta luottamaan omiin kykyihinsä ja tukea oma-aloitteisuutta. Ohjaajan on annettava myös asiakkaalle riittävästi tilaa tehdä päätöksiä ja autettava valintojen teos-



sa. Muistettava on kuitenkin, että vain asiakas itse voi muuttaa elämäntapaansa. (Kyn­gäs, ym., 2007, 32- 35.)

Sosiaaliset taustatekijät vaikuttavat asiakkaan käyttäytymisen ymmärtämisessä. Häntä tuleekin tarkastella osana ympäristöään ja maailmankuvaansa kuuluvana. Tärkeitä sosiaalisia taustatekijöitä muodostuvatkin sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, etnisistä, uskon­nollisista ja eettisistä tekijöistä. Asiakkaan ja hoitajan arvot vaikuttavat siihen, miten he lähestyvät ja käsittelevät ohjauksessa esille tulevia asioita. Hoitajan on tunnistettava nämä asiat, jotta hän pystyy tukemaan asiakkaan yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Hoitajan on muodostettava oma käsityksensä siitä mitä ohjaus on, miten ja miksi ohjaa, mikä ohjauksessa on tärkeää ja millainen ammatillinen vastuu hoitajalla on asi­akkaan valinnoissa. (Kyn­gäs ym., 2007, 35.) Erilaiset kulttuuritaustat ja uskonnot näkyvät Salossakin. Asiakkaiden taustat tulee ottaa huomioon ohjauksessa ja huomioida näihin liittyvien tabujen, uskomuksien ja traditioiden mahdollisuus. Vieras äidinkieli saattaa myös vaikeuttaa ohjattavan aktiivista osallistumista.

Ympäristötekijät saattavat heikentää tai vahvistaa ohjaustilannetta. Tällaisia tekijöitä ovatkin hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Ohjausta voi­daan toteuttaa monenlaisessa ympäristössä. Ympäristön tulee olla sellainen jossa voi­daan keskeytyksettä ja häiritsemättömästi keskittyä asiaan. (Kyn­gäs ym., 2007, 37.) Omassa projektissani haluan fyysisen ympäristön vaihtuvan ohjaussisällön mukaan. Ohjaus tulee tapahtumaan mahdollisesti ryhmätilojen lisäksi kuntosaleilla, liikuntatilois­sa tai ulkona. Ohjauksen ilmapiiri rakentuu myös useista asioista. Kiireettömyys lisää vuorovaikutuksen mahdollisuutta. Aktiivinen ja tavoitteellinen ohjauksen suunnittelu auttaa ajan käytössä. Avoin, luottamuksellinen ja kaksisuuntainen vuorovaikutus paran­taa psyykkistä ympäristöä. Tällainen ympäristö on mielestäni mahdollista luoda yhdis­tämällä se samanaikaiseen aktiiviseen tekemiseen.

Kehittämiprojektissani päädyin ryhmäohjausmalliin Salon kaupungin niukkojen resurs­sien vuoksi. Lihavuuden ja diabeteksen suuri lisääntyminen Suomessa johtaa tutkimus­ten mukaan siihen, että yksilöohjauksen resurssit eivät riitä hoitamaan ja ohjaamaan potilaita. Ryhmäohjausta käytetään terveydenhuollossa yleisesti. Sen avulla saavute­taan toisinaan parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella, ryhmäohjaus on myös talou­dellisempaa. Ryhmäohjaus voi olla jäsenille voimaannuttava kokemus, joka auttaa jak­samaa ja tukee tavoitteiden saavuttamista. Hyvän, toimivan ryhmän edellytyksiä ovat yhteinen tavoite ja tunne ryhmään kuulumisesta halu sitoutua toimimaan siinä. (Kyn­gäs ym., 2007, 104- 105.)

Ryhmällä tarkoitetaan potilasryhmää jolla on yhteinen tavoite. Ryhmän koko vaikuttaa sen luonteeseen. Pien- ja suurryhmät eroavat toiminnaltaan ja dynamiikaltaan. Pienryhmille (5 - 12 henkilöä) on tunnusomaista aktiivinen osallistuminen ja henkilökohtainen osallistuminen prosessiin. Suurryhmissä jäsenyyden anonyymi tuo vapautta ja osallistuminen on vähäisempää, mutta ryhmän johtajaa kohtaan odotukset ovat suurempia. Terveyskasvatuksen näkökulmasta ryhmät ovat tehokkaita. Ryhmissä henkilöillä on mahdollisuus keskustella toisten samassa tilanteessa olevien kanssa ja samalla oppia kuinka selvitä esimerkiksi diabeteksen tuomista ongelmista päivittäisessä elämässä. Ryhmässä henkilöt eivät koe olevansa yksin vaan heillä on myös mahdollisuus auttaa muita joka vahvistaa omaa itsetuntoa ja itsekontrollia. Ryhmäohjauksessa henkilön saama tuki on mielenterveydelle tärkeää, se suojaa häntä kielteisiltä kokemuksilta. Sosiaalinen tuki auttaa sopeutumaan sairauteen ja suojaa stressiltä jota sairastuminen tai sairastumisen riski aiheuttaa. (Lipponen ym., 2006, 86.)

### 5.2.1 Tavoitteena elämäntapamuutos

Väestön ikääntymien ja yhteiskunnan modernisoituminen näkyvät terveydenhuollossa elämäntapoihin liittyvinä ongelmina. Niukkojen henkilöstöresurssien ja lisääntyvien sairauksien määrän vuoksi on olennaista ohjata asiakkaat toimimaan oman terveytensä hyväksi. Lihavuuden ja diabeteksen lisääntymistä on mahdotonta hallita terveydenhuollon keinoin, vaan siihen tarvitaan asiakkaiden omaa toimintaa terveytensä hyväksi. Muutosvaihemalli tarjoaa yhden tavan suunnitella ja toteuttaa elintapojen muutokseen liittyvää ohjausta. Muutosvaihemallin vaiheet ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toimintavaihe ja ylläpitovaihe. Esiharkintavaiheessa asiakkaalla on elintapojensa muutostarve, jota hän ei ole kuitenkaan itse vielä tiedostanut tai ei ole valmis tarvetta myöntämään. Tässä vaiheessa asiakas kokee vielä elintapojaan koskevan ohjauksen painostukseksi. Ohjaajan tehtäväksi jääkin esiharkintavaiheessa herättää tietoisuus riskeistä, tietoa tulee antaa neutraalisti ja usein huumori on apuna. Harkintavaiheessa asiakas on tietoinen muutostarpeistaan elintavoissaan, muuta ei ole vielä tehnyt asian hyväksi mitään. Tässä vaiheessa asiakas tulee saada tarkastelemaan ristiriitaa nykyisen ja tavoiteltavan asiantilan välillä ja itse oivaltamaan muutoksen tarkeys. Tiedon neutraalin tarjoamisen lisäksi asiakkaalle tulee tarjota muutostarpeen arvioimisen toimintatapa. Asiakkaan kanssa keskustellaan tottumusten hyvistä ja huonoista puolista, kerrotaan käytännön esimerkkejä ja annetaan palautetta terveyteen vaikuttavasta käyttäytymisestä. (Eloranta & Virkki, 2011, 32- 33.)

Ryhmäohjaus on niukkojen resurssien järkevää käyttöä, joka sopii elintapamuutokseen. Ryhmäohjauksen aloittamisajankohta elintapamuutosryhmille on päätöksentekotai valmistautumisvaiheessa. Ryhmässä tapahtuva ohjaus edellyttää osallistujien tietojen, taitojen ja tarpeiden kartoitusta. Ryhmäohjaus myös tukee oppimista ja antaa jäsenille mahdollisuuden tietojen ja kokemusten vaihtoon. Vertaistuellalla onkin ryhmässä suuri vaikutus. Ryhmätoiminnan onnistumisen kannalta on olennaista, että jokainen saa mielipiteensä kuuluville. Jokaisen ryhmäläisen tulee kuitenkin yksilötasolla ottaa vastuu omien elintapojen omaksumisessa. Ohjaajalla tulee taas olla riittävä tietopohja aihealueesta kuin myös ryhmäohjausmenetelmästä. Ryhmäohjaajan on osattava soveltaa tietoja ja taitoja myös käytäntöön ja ihmisten arkeen. Ryhmäläisiin suhtautuminen tulee olla kunnioittavaa, avointa, rohkaisevaa, aitoa ja empaattista. Ryhmässä esiintyy myös yleensä vastarintaa, joka ryhmäohjaajan on tärkeää tunnistaa. Asiat, jotka vastarintaa aiheuttavat, tulee ottaa käsittelyyn ja selvittää ne eikä ohjaajan tule lähteä ristiiriitoihin mukaan. (Eloranta & Virkki, 2011, 77- 79.)

Ryhmän aloitus vaikuttaa siihen millainen, ryhmästä syntyy. Tutustumiseen ja mukavan ilmapiirin luomiseen kannattaa varata aikaa. Ryhmälle on tärkeää luoda myös yhteiset säännöt. Täsmällisyys on ryhmätoiminnalle miellyttävä tapa ja ryhmäohjaajan tulee näyttää tässä asiassa esimerkkiä. Elintapamuutosryhmien kokoontumistiheys tulisi olla kerran viikossa kahden kuukauden ajan. Tapaamiskerran pituus tulisi olla 1,5-2 tuntia. Kurssin jaksot tulisi jakaa motivointi-, työskentely ja seurantajaksoon. Tilan, jossa ryhmäkokoontumiset järjestään on oltava ryhmälle riittävän suuri, rauhallinen, sopivan lämmin ja hyvin valaistu. Laitteiden toiminta tulee varmistaa ja materiaalien ja kirjaimisvälineiden saanti taata ohjaajan toimesta. Ryhmä koko vaikuttaa jäsenten osallistumiseen. Suuressa ryhmässä osallistujien määrä harvenee ajan kuluessa. Elintaparyhmissä hyvä koko ryhmälle on 5-12 henkeä. Tällöin yksilötkin pääsevät esiin, osallistuminen on tasaista ja ryhmä pääsee yhdenmukaiseen ja yhteistyökykyiseen toimintaan. (Eloranta & Virkki, 2011, 80- 82.)

Ryhmän alkaessa eletään ryhmässä niin sanottua kuherruskuukautta. Ryhmässä ollaan tyytyväisiä, yksimielisiä, avuliaita ja innostuneita. Ryhmän jäsenet välttävät kritiikkejä ja konflikteja. Ohjaajan tulee ohjata toimintaa oikeaan suuntaan ja innostaa kaikki jäsenet ryhmästä mukaan. Seuraavassa vaiheessa ryhmässä korostuu Me-henki. Keskustelua käydään vilkkaasti ja aikaisempaa syvällisemmin. Ohjaajan tulee vahvistaa ryhmän toimintaa, huomioida kaikki jäsenet, vahvistaa yhteenkuuluvuuden tunnetta, mutta myös rohkaista yksilöitä itsenäisyyteen. Konfliktivaiheessa ryhmässä esiintyy

ristiriitoja. Jäsenet pyrkivät ilmaisemaan yksilöllisyytään ja saattavat vastustaa sisäisen ryhmärakenteen muodostumista. Ohjaajan tulee auttaa ryhmää rakentavassa hengessä. Konfliktit tulee läpikäydä huolellisesti. Ohjaajan tulee myös rohkaista jäseniä tarkkailemaan omaa osuuttaan konfliktien syntymiselle ja pysyä puolueettomana. Konfliktivaiheen kesto tulee minimoida. Tasaantumisvaiheessa ryhmän toiminta on uupunutta ja pysähtynyttä. Ohjaajan tulee luoda yhteishenki uudelleen ja valaa uskoa onnistumiseen. Ryhmän jäsenet tulee innostaa aktiiviseen toimintaan. Ohjaaja vähentää omaa rooliaan ryhmässä ja jakaa sitä jäsenille. Tehokaan toiminnan vaiheessa esille nousevat ryhmän selkeät tavoitteet, yhteisymmärrys ja keskinäinen kunnioitus. Ryhmän jäsenten keskeiset roolit selkeytyvät ja ryhmä kykenee tekemään päätöksiä hyvässä vuorovaikutuksessa ja yhteisymmärryksessä. Ryhmä pystyy myös ratkaisemaan ongelmia. Ohjaajan tulee huolehtia niistä ryhmän jäsenistä, jotka tarvitsevat tukea ja ohjausta, sekä pyrkiä myös syventämään jäsenten omaa ja keskinäistä ymmärrystä. Ohjaaja jakaa kaikki tehtävät ryhmän hoidettavaksi ja ilmi tuo ryhmälle selvästi ohjaajan roolin muutoksesta ryhmän lähestyessä loppuaan siten, että ohjaaja antaa ryhmän hoidettavaksi hänelle ennen kuuluvia asioita. Päätösvaiheessa ilmassa on haikeutta. Vaikka ryhmä onkin saavuttanut tavoitteensa, ryhmä saattaa suunnitella yhteydenpitoa jatkosakin. Ohjaajan tehtävä on päätösvaiheessa valmistaa ryhmää ryhmän todellisesta loppumisesta. Hänen tulee antaa ryhmälle mahdollisuus selvittää keskeneräiset asiat sekä tehdä yhteenveto kokemuksista ja oivalluksista yhdistäen ne taustateorioihin. Lisäksi hänen tulee varmistaa, että opitut asiat osataan soveltaa käytäntöön. (Eloranta & Virkki, 2011, 83- 85.)

### 5.2.2 Ohjaus hoitotyössä ja ohjausprosessi

Ohjaus on tiedon, taidon ja selviytymisen yleistä rakentamista, jossa ohjaaja ja ohjattava kohtaavat tasavertaisena vuoropuhelussa. Ohjaus kannustaa ohjattavaa auttamaan itseään elämässään omista lähtökohdistaan käsin. Ohjattava itse määrittää ja muodostaa ohjauksen sisällön. Ohjauksella pyritään siihen, että ohjattava ymmärtää hoidon, palvelun, muutoksen tms. merkityksen ja kokee voivansa vaikuttaa siihen. Tämä auttaa ohjattavaa motivoitumaan ja sitoutumaan. Opetuksella tarkoitetaan tilanteen selkeyttämisen pohjalta toteutettuja suunnitelmallisia toimintoja, joilla pyritään tavoitteen saavuttamiseen. Opetuksen tarkoituksena on, että oppilas oppii antamaan vaikkapa lääkkeen itselleen sairaalasta päästyään. Opetus voi pohjautua ohjaukseen ja tällöin opetuksesta tulee oppimistilanne, jossa hän ymmärtää yksittäisen hoitotoimenpiteen merkityksen

kokonaishoitonsa kannalta. Neuvonta puolestaan on sitä, että hoitaja auttaa henkilöä tekemään valintoja antamalla hänelle neuvoa. Neuvonnassa hyödynnetään ammattilaisen tietoja ja taitoja. Neuvonta on neuvottelua yhteisen tavoitteiden saavuttamiseksi. Tiedon antaminen on hoitotyössä lähinnä kirjallisen materiaalin tai joukkoviestinä annettavaa tietoa. Tyypillistä tiedon antamiselle on vähäinen vuorovaikutus. Se on lähinnä ohjausta, opetusta ja neuvontaa täydentävä muoto. Tiedon antaminen voi olla valistusta joukkoviestinnällä, median (radio, televisio, internet) tai printtimedian (sanomalehdet, esitteet, oppaat) välityksellä. Tiedon antamisen ja valistuksen hyötynä on suuren yleisömäärän saavuttaminen. Esitetty tieto voi kuitenkin aiheuttaa kohtuuttomia pelkoja tai katteettomia odotuksia. (Eloranta & Virkki, 2011, 19- 22.)

Ohjausprosessi on suunnitelmallinen, ja sitä voidaan kuvata perinteisen hoitotyön prosessin kautta. Hyvin toteutetulla ohjausprosessilla turvataan potilaan ja asiakkaan sitoutuminen hoitoonsa ja hoidon jatkuvuus myös arjessa. Ohjaustarpeen määrittäminen tapahtuu potilaan ja asiakkaan lähtökohdista käsin. Merkityksellistä on, kuinka kauan potilas on sairastanut, mitä hän tietää sairaudestaan. Ohjattavan odotukset ohjausta kohtaan on huomioitava. Ohjaustarpeen määrittely tapahtuu avoimesti potilaan kanssa. Ohjauksen tavoitteiden asettelussa otetaan huomioon ohjattavan oma näkemys tilanteesta. Tavoitteiden realismi ja saavutettavuus pitää yllä motivaatiota. Tavoitteet kannattaakin pilkkoa pieniin osiin, näin ne ovat helpommin saavutettavia ja konkreettisia. Tavoitteen tulee olla ohjattavalle merkityksellinen. Ohjauksen suunnittelun lähtökohtana on yhteinen käsitys siitä, mitä tietoja ja taitoja ohjattava tarvitsee. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon ohjattavan vastaanottokyky-tunteet, pelot, toiveet ja ongelmat, elämäntilanne ja läheisiltä saama tuki. Ohjauksen onnistumisessa on olennaista ohjauksen mitoitus ja ajoitus sopivassa määrin sopivaan aikaan. Toteutuksessa on muistettava, että hoitajalla on vastuu ohjattavan valintojen edistämisessä mutta, ohjattava tekee aina ratkaisun itse. Ohjattava on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaaja terveydenhuollon asiantuntija. Ohjaus etenee vastavuoroisesti sanallisen, sanattoman ja tunneviestinnän avulla. Ohjausprosessin vaiheet ovat päällekkäisiä ja etenevät jatkuvasti. Arviointia tulee tehdä jatkuvasti. Ohjauksen katsotaan onnistuneen, kun potilas on ymmärtänyt hoitoonsa liittyvät tiedot ja taidot ja kykenee soveltamaan niitä omassa elämässään. Hoidon eri vaiheiden kirjaus on olennainen osa hoitotyötä. Kirjaamisen merkitys korostuu hoitoaikojen lyhetessä. Kirjaaminen varmistaa hoidon jatkuvuuden ja välttää ohjauksen päällekkäisyyksiä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilasasiakirjoihin kirjataan hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuraaminen. Kirjaamisen tulee olla objektiivista ja asiallista. Tärkeää on kirja-

ta myös potilaan itsensä kuvaama kokemus hoidosta. (Eloranta & Virkki, 2011, 25 - 27.)

Ohjaustilanne perustuu asiakkaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta, mikä parantaa asiakkaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Vuorovaikutteiset ohjauksen keskeiset tekijät (Kyngäs ym., 2007, 47- 49.) esitetään taulukossa 1.

Taulukko 1. Vuorovaikutteisen ohjaussuhteen keskeiset tekijät ( Kyngäs ym, 2007, 48.)

Hoitajan suhde asiakkaaseen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiakkaan erityisluoneen tunnistaminen.</li> <li>- Kiinnostuksen, lämmön, hyväksymisen ja arvostuksen osoittaminen.</li> <li>- Ymmärtäminen</li> <li>- Rohkaisu</li> <li>- Luottamus</li> </ul>
Asiakkaan suhde hoitajaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luottamus hoitajaan.</li> <li>- Turvallisuuden tunne ohjaustilanteessa.</li> </ul>
Yhteinen suhde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Halu työskennellä yhdessä.</li> <li>- Odotusten yhtäpitävyys.</li> <li>- Usko auttamisen mahdollisuuksiin.</li> </ul>

Motivaatiolla on yhteys terveyteen, hyvinvointiin ja elämäntyytyväisyyteen. Osa tavoitteista on yksilöllisiä ja osa kaikille yhteisiä. Usein toisten vertaistuki koetaan tärkeänä ja motivoivana toiminnan kannalta. Omaseuranta on tärkeää elämäntapamuutoksessa. Konkreettiset tavoitteet ja niiden saavuttamisesta saadut myönteiset palautteet lisäävät ihmisen kokemusta pystyvyydestään. Esimerkiksi liikunnan lisääminen motivoi ihmisiä. (Korkiakangas, 2010, 58.)

Motivoiva haastattelu on suora henkilökohtainen neuvontamenetelmä, jonka tavoitteena on vahvistaa ohjattavan sisäistä muutosta elämäntapamuutokselle. Motivoivalla haastattelulla saadaan pienellä vaivalla pitkäkestoisia vaikutuksia elämäntapojen suhteen. Menetelmä sopii niin ”helpoille” kuin ”vaikeillekin” potilaille, eikä se vaadi muutoksen valmiutta potilaalta. Intervention vaikutukset näkyvät vielä vuodenkin kuluttua. Käytännössä potilaalla on itse mahdollisuus arvioida ja lausua ääneen muutoksen teon tai nykytilan hyötyjä ja haittoja ilman asiantuntijan tuomitsevaa asennetta. Motivoivaa haastattelua kannattaa käyttää erityisesti motivaation herättelyssä ja sitoutumisen kas-

vattelussa. Potilasta ohjataan itse puhumaan muutoksen tarpeesta ja mahdollisuuksista. Harjoittelumaastoa hoitajille riittää niin kauan, kuin vastaanotoille tulee mistä tahansa elämäntapamuutoksesta hyötyviä potilaita. (Hankonen & Absetz, 2011, 2265- 72.) Motivoivassa ohjauksessa käsitellään asiakkaan nykyisen toimintatavan ja terveyden kannalta tavoiteltavan toiminnan välistä ristiriitaa. Motivoiva ohjaus perustuu empatian ilmaisemiseen, ristiriidan tuottamiseen, väittelyn välttämisen, vastarinnan myötäilyyn ja pystyvyyden tunteeseen. Motivoivan ohjauksen periaatteet Kyngäksen ym. (2007) mukaan esitetään taulukossa

Taulukko 2. Motivoivan ohjauksen periaatteet (Kyngäs ym., 2007, 49).

<b>Empatian ilmaiseminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyväksyminen helpottaa muutoksen tekemistä.</li> <li>- Refleктоiva kuuntelu on avuksi.</li> <li>- Epävarmuus tulee ymmärtää normaaliksi ilmiöksi.</li> <li>- Tunteiden tunnistaminen on tärkeää.</li> </ul>
<b>Ristiriidan tuottaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tietoisuus seurauksista on tärkeää.</li> <li>- Nykytilanteen ja taviotteiden välinen ristiriita motivoi.</li> <li>- Muutos on voitava perustella itse.</li> </ul>
<b>Väittelyn välttäminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vastaväitteet estävät muutosta.</li> <li>- Puolustautuminen lisää puolustautumista.</li> <li>- Vastarinta kertoo tarpeesta muuttaa strategiaa.</li> <li>- Leimaaminen on tarpeetonta.</li> </ul>
<b>Vastarinnan myötäily</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uusiin näkökulmiin voi vain houkutella, ei pakottaa.</li> </ul>
<b>Pystyvyyden tunteen tukeminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yksilö tekee omat ratkaisunsa.</li> <li>- Usko muutoksen mahdollisuuteen motivoi.</li> <li>- Yksilö on itse vastuussa muutoksen aloittamisesta.</li> <li>- Toivoa on aina.</li> </ul>

Uusien työvälineiden ja työmenetelmien lisääntyminen ja työympäristön ja työtapojen muutos tuo haasteita terveydenhuollon ammattilaisille. Uusien järjestelmien tulisiakin palvella asiakkaita, palvelun tuottajia ja palvelun käyttäjiä. Oulun kehittämässä omahoitopalvelussa henkilökunnan koulutusta lisättiin, koska henkilökunta kaipasi vahvistusta erityisesti yksilö- ja ryhmäohjaukseen, asiakkaan motivoinnin tunnistamiseen ja motivointiin. (Angeria ym., 2011, 28.) Diabetesliitto panostaa myös koulutukseen ja yhtenä työkaluna terveydenhuollon ammattilaisille on verkkosivuilla toimiva julkaisu, jonka avulla ammattihenkilöt voivat käydä tarkistamassa diabetesosaamistaan (Diabetesliitto 2013). Suomessa annettiin suositus 1999 Terveydenhuollon laadunkehittämisestä.

Henkilökunta kuitenkin tunnistaa laatutyön huonosti, vaikka sille on johdon taholta annettu merkittävä osa terveystieteiden kehittämisessä. Selvityksen mukaan vain pieni osa henkilökunnasta tunnistaa systemaattisen laadun kehittämisen olevan käytössä omalla työpaikallaan. (Winell ym. 2011, f11835.)

Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien henkilöiden arviota elintapamuutosvaiheestaan sekä painonhallinnan onnistumisen edellytyksiä ja riskitekijöitä on tutkittu. Tarkastelussa ilmeni, että ohjauksessa on hyvä motivoida omaseurantaan ja korostaa sen merkitystä työkaluna muutoksen tekemiselle. Ohjauksessa olevia on myös hyvä tukea ja opastaa muotoilemaan omakohtaisia aikavälitavoitteita. Oman toiminnan onnistumista tulee arvioida suhteessa tavoitteisiin. Ohjauksessa tulee huomioida tavoitteet, itsestä lähtevä motivaatio, luottamus omaan kykyyn, positiivinen mieliala ja sosiaalinen tuki. Lisäksi onnistujan elämäntilanteen tulisi olla sopiva ja ongelmanratkaisutaitojen kuten myös itseohjauksen tulisi olla hyvät. (Alahuhta ym., 2010, 4-11.) Tutkimuksessa Alahuhta, Kyngäs, Korkiakangas & Laitinen (2009) tarkoitus oli selvittää, millaisia hyötyjä ja haittoja työntekijöiden tyypin 2 diabeteksen riskiryhmän henkilöt kuvaavat kun he pohtivat elintapamuutoksen tekemistä. Terveys ja toimintakyky koettiin tärkeiksi elintapamuutoksen hyödyiksi sekä miesten että naisten keskuudessa. Ulkonäköön liittyvät seikat ja itsetunnon kohoaminen elintapamuutoksessa koettiin naisten keskuudessa useammin hyödylliseksi kuin miesten keskuudessa. Esimerkkinä olo lapsille koettiin hyödynä vain naisten keskuudessa. Elintapamuutoksen esteinä koettiin omien voimavarojen riittämättömyys ja nautinnoista luopuminen. Terveellisiin elintapoihin liittyviä mielihyvän ja pätevyyden kokemuksia tulisi ohjauksessa lisätä, mikä voi auttaa pysyviin elintapamuutoksiin. Ohjauksessa positiivisuuden ja toivon säilyttäminen koettiin tärkeäksi ja motivoivan haastattelun katsottiin voivan käynnistää muutosprosessin. Tutkimuksessaan Chen & Lin (2010) osoittavat tiedon diabeteksestä sairautena olevan tärkeä osa elämäntapamuutokseen pyrittäessä. Tieto auttaa heitä hyväksymään terveyttä edistävää käyttäytymistä ja viivästyttää näin diabeteksen puhkeamista. Työterveyshuoltojen tulisi käyttää seulontatestejä ja verensokerimittauksia välineinä ja tunnistaa prediabeetikot näiden avulla. Näin ohjaus saadaan käyntiin ja ihmiset oppimaan diabeteksestä sairautena, mikä kannustaisi heitä elämäntapamuutokseen ohjauksen avulla. Hoitohenkilökunnan kouluttaminen on tärkeää, jotta uusimmat suuntauksat saataisiin nopeasti uusien diabeetikkojen käyttöön ja henkilökunta olisi valmis vastaamaan uuden sukupolven vaatimuksiin hoidosta (Funell & Andersson, 2004.)



### 5.2.3 Ohjauksen avulla voimavaraistuminen

Terveysneuvontaa voidaan toteuttaa erilaisista lähtökohdista, kuten voimavaraistumisen näkökulmasta. Tämä antaa asiakkaalle mahdollisuuden osallistua omaan terveytensä edistämiseen. Voimavaraistumista tukevan terveysneuvonnan on tarkoitus helpottaa asiakkaan voimavarojen tukemista ja käyttöönottoa. Näin tuetaan asiakkaan päätöksentekoa hänen omissa asioissaan tietoon perustuen. Terveysneuvonnassa työmenetelminä ovat tiedon keruu, tilanteen määrittäminen sekä muutoksen, tavoitteiden ja keinojen suunnittelu. Lisäksi muutosten etenemisen, toimeenpanon ja toiminnan arviointi kuuluvat hoitajan työmenetelmiin. Terveysneuvonnassa ovat keskeisessä asemassa asiakkaan omat tavoitteet, motivaatio, ajanmukaiset tiedot ja aiempi kokemuksellinen taito. Lisäksi terveysneuvonnassa esiintyy asiakkaan ja hoitajan yhteistä toimintaa, jossa yhteisesti tarkastellaan asiakkaan aiempaa toimintaa ja kokemuksia sekä suunnitellaan terveyttä edistävää toimintaa, tuetaan asiakkaan tietoja ja suunnitellaan arviointia. Esimerkiksi tiedollisessa tukemisessa terveyttä ylläpitävien ja edistävien vaihtoehtojen tarjoamisen lisäksi käydään yhdessä läpi vaihtoehdot, jolloin asiakas voi itse tehdä tietoon perustuen itsenäisen päätöksen. Asiakkaan voimavaraistumisessa arvioinnissa korostuu arvioinnin suunnittelu yhdessä. Yhteisen terveyttä edistävän toiminnan ja arvioinnin suunnittelun voidaan nähdä liittyvän terveysneuvonnan jatkuvuuteen mikä ennakoi asiakkaan voimavaraistumista. Terveysneuvonnan ymmärretään kuuluvan myös fyysinen ja sosiaalinen ympäristö. Esimerkiksi työnantajan panos tukea asiakkaan terveysneuvontaa motivoi asiakasta ja sai asiakkaan toimimaan itse aktiivisemmin terveyttä ylläpitävässä ja edistävässä toiminnassa. (Kivistö ym., 2009, 14- 20.)

Ohjauksen ollessa kovin monimutkainen ja sekava, erilaisia itsehoitomalleja sisältävä kokonaisuus, se turhauttaa ja lannistaa potilasta. Voimavaraistuminen on yksi itsehoitotapa, joka auttaa ihmisiä tekemään päätöksiä ja hallitsemaan elämäänsä, minkä avulla elämänlaatu paranee. (Wang ym., 2011,2659.) Tutkimuksessaan Leino - Kilpi ym. (1999) tarkoittavat sisäisellä hallinnalla ajattelu- ja toiminnallista kokonaisuutta, jolla potilas kokee hallitsevansa terveysongelmaansa ja sen aiheuttamia seurauksia elämässään, jolla hän jäsentää terveyttä ja sitä koskevaa hoitoa ja jota ammattihenkilöiden tulisi tukea edistääkseen laadukasta hoitoa. Sisällöllisesti hallinta jaetaan tutkimuksessa seitsemään alueeseen. Biologis- fysiologisella alueella ihminen tuntee ongelmasta aiheutuvat fyysiset tuntemukset ja näistä hänellä on mielestään riittävästi

tietoa. Tämän tiedon perusteella hän kokee osaavansa toimia oireiden tuomien ongelmien hallitsemiseksi. Toiminnallisella alueella ihminen kykenee aktiiviseen toimintaan edistääkseen omaa hallintaansa. Hän omaa hallinnan kannalta välttämättömät toimintamuodot, tässä tapauksessa halun ja kyvyn omahoitoon. Tiedollisella alueella ihmisen oma hallinta muodostuu siitä, että hän kokee osaavansa riittävän tiedon, ymmärtää sen, kykenee hankkimaan lisää tietoa, arvioimaan saamansa tiedon käyttökelpoisuutta ja käyttämään saamaansa tietoa. Sosiaalis-yhteisöllisellä alueella ihminen kokee pysyvänsä oman sosiaalisen yhteisönsä jäsenenä terveysongelman kanssa. Ihminen kokee myös hoidollisen ympäristön ja sen kontaktit hallintaa tukevana. Kokemuksellisella alueella sisäinen hallinta muodostuu siitä, että ihminen kykenee hyödyntämään omia kokemuksiaan terveysongelmistaan ja kokemukset ovat myönteisiä ja hänen omaa minäkuvaa vahvistavia. Eettisellä alueella ihminen kokee itseään arvostettavan ainutlaatuisena, omaa arvoperustaa omaavana yksilönä ja hän kokee hoidollisen toiminnan motiivin olevan omaksi parhaakseen. Ekonomisella alueella sisäinen hallinta muodostuu ihmisen kokemuksesta, että hän selviytyy terveysongelmista taloudellisesti ja että hänen hoidossaan toimitaan hänen ja organisaation varoja säästäen. (Leino-Kilpi ym. 1999, 31- 34.) Alahuhdan ym. (2009) tutkimuksessa elintapojen muutosta arvioidaan transteoreettisen muutosmallin mukaan. Muutosvaiheen tunnistaminen ja huomioon ottaminen on tärkeää elintapaohjauksessa, koska eri muutosvaiheissa olevat tarvitsevat erilaista ohjausta. Tämän projektin tarkoituksena oli saada prediabeetikoille Salon perusterveydenhuoltoon ohjausryhmä, jossa he saisivat tietoa diabeteksestä ja miten sairauden ehkäisy tai sen siirtäminen vuosilla onnistuu muuttamalla elämäntapoja. Tarkoitus oli, että sairastumisriskissä oleville tarjotaan miellyttäviä liikunnallisia kokemuksia, ryhmässä tai itsenäiseen liikkumiseen. Ravitsemusosaamisen osalta tarkoituksena oli tarjota tietoa terveellisistä ja ihmisten yksilöllisten mieltymyksen mukaisista vaihtoehdoista toteuttaa päivittäistä ravitsemustaan. Samalla ryhmä tarjoaa vertaistukea tarvittaessa, vaikka painonhallintaan tai liikunnan lisäämiseen.

### 5.3 Diabeteksen ehkäisyyn liittyviä hankkeita

Ensimmäinen tutkimus oli Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön kehittämiskeskuksen (STAKES) diabetesasiantuntijanryhmän tutkimus vuonna 1993. Tämä tutkimus osoitti, että Suomalaisten diabeetikkojen verensokeritasapaino oli kaukana silloisesta tavoitetasosta. Diabeteksen ehkäisyyn on tehty paljon hankkeita. Suomessa niistä tunnetuin on Diabeteksen ehkäisy ja kehittämisohjelma DEHKO 2000- 2010. Suomen

kansallinen diabetesohjelma ehkäisi tyypin 2 diabetesta ja diabeteksen aiheuttamia lisäsairauksia, kehitti diabeteksen hoitoa ja hoidon laatua sekä tuki omahoitoa Suomessa kymmenen vuotta. DEHKO 2000- 2010 tavoitteet ovat Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy, diabeteksen hoidon ja hoidon laadun parantaminen ja diabeetikon omahoidon tukeminen. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn kuuluu väestöstrategia, korkean riskin strategia ja varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia. Ehkäisyohjelman toimeenpano oli vuosina 2003- 2008 (D2D- hanke). Diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittämiseen kuuluvat hoito- organisaatio, laatukriteerit ja laadun seuranta järjestelmä, terveydenhuolto henkilöstön perus- ja täydennyskoulutus ja nykyaikainen lääkehoito. Diabeetikon omahoidon tukemiseen kuuluu hoidonohjaus, kuntoutus, vertaistuki, yhdistysten ja terveydenhuollon yhteistyö. (Diabeteksen ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO, 2002, 9-15.)

Diabetes Prevention Studyn (DPS) tavoitteena oli kuvata Suomessa elämäntapainterventiota, lyhyen ja pitkän aikavälin muutoksia liikunta- ja ruokailu- käyttäytymisessä sekä ehkäisyn vaikutusta glukoosin ja rasvojen aineenvaihduntaan. Tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan intensiivinen elämäntapamuutosmalli tuottaa pitkäaikaisia myönteisiä tuloksia ruokavalioon, liikuntaan ja vähentää diabetesriskiä. Tämän tyyppinen interventio on toteuttamiskelpoinen vaihtoehto ehkäistä tyypin 2 diabetesta perusterveydenhuollossa. (Lindström ym., 2003, 3230- 3236.) Diabetes Prevention Program (DPP-ohjelmassa tehdään) – tutkimuksen tavoitteena oli selvittää myös laihtumisen, ruokavaliomuutoksen ja lisääntyneen liikunnan vaikutusta diabeteksen syntymisen estämiseen tai sairastumisen siirtämiseen vuosilla. Tutkimus toteutettiin ylipainoisilla (45 %) amerikan afrikkalaisten, hispanolien tai latinojen ryhmissä. Tutkimus osoitti, että diabetekseen sairastumista pystytään estämään tai siirtämään vuosilla ruokavalion ja liikunnan keinoin. Motivoivaa ohjausta ja tukea saavilla henkilöillä sairastumisriski väheni 58 prosentilla. (NDIC,2012.)

IMAGE -projekti on 20 maan tuottama diabeteksen hoitoon tarkoitettu käsikirja joka perustuu tieteelliseen näyttöön. Tämän EU:n rahoittaman hankkeen “Development and Implementation of a European Guideline and Training Standards for Diabetes Prevention” tavoitteena oli yhtenäistää ehkäisykäytäntöjä ja tuottaa käytännön työkaluja, joiden avulla tyypin 2 diabetesepidemian kulkuun Euroopassa voitaisiin vaikuttaa. Käsikirjan suomenkielinen versio on toimitettu Suomen oloihin ja siinä huomioidaan kansalliset toimijat ja käytännöt. Suomen kokemukset diabeteksen ehkäisystä olivat tärkeitä IMAGE -projektissa. Suomalainen DPS tutkimus osoitti ensimmäisenä maailmassa

miten varsin kohtuullisilla elämäntapamuutoksilla voidaan puolittaa tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta ja miten vaikutus säilyy vuosia elintapaohjauksen jälkeenkin. Suomessa on paljon muitakin merkittäviä hankkeita, kuten Ikihyvä Päijät-Häme, jossa kehitetään laajasti soveltavan ja yhteistoimintaa lisäävän ennaltaehkäisyn toimintatapaa perusterveydenhuoltoon. Hyviä hankkeita on tuotettu D2D:n pohjalta paikallisesti ja niitä saa järjestöiltä ja toimijoilta käyttöönsä. (Terveiden - ja hyvinvointilaitos opas, 2010.)

## 6 PROJEKTIN TOTEUTUS JA PROJEKTI ORGANISAATIO

Kehittämiprojektin ideavaihe aloitettiin 2012 keväällä. Ideavaiheessa kehittämiprojektista tiedotettiin Salon kaupungin terveystalvelujen organisaation johtoa ja alustava kannatus projektille saatiin. Kehittämiprojektista tiedotettiin myös sitä koskettavia terveystalvelujen neuvoloita, työterveyshuoltoa ja Salon kaupungin liikuntatoimea. Käytökelpoisen seulontamenetelmän löytämiseksi käytiin keskusteluja keväällä 2012 diabeteslääkärin ja neuvolatyöntekijöiden kanssa. Päädyttiin käyttämään diabetesriskitestä ja pitkäaikaisverensokerin pikamittaria. Pelkkien pitkäaikaisverensokeriarvojen ei voida katsoa kertovan riittävästi prediabeetikoiden elämäntavoista, vaikka joidenkin tutkimusten mukaan pitkäaikaisverensokeri on hyvä mittari diabetesta sairastavien diagnosointiin. Totuudenmukaisemmaksi todettiin diabetesriskitesti joka kertoo testattavien elämäntavoista tarkemmin liikunnan, ravitsemuksen ja sukurasitteen osalta.

Seulonta pitkäaikaisverensokerista ja diabetesriskitesti kuitenkin toteutettiin organisaation omana toimintana naisten 45-vuotiaiden PAPA tarkastusten yhteydessä helmimaaliskuussa ja työterveyshuollossa maalis-elokuussa 2013 työterveystarkastusten yhteydessä 45- 50-vuotialta miehiltä ja naisilta. Terveyskeskussairaalan vuodeosastolla henkilökunnalle seulonta tehtiin keväällä 2014.

Haastattelu diabeteksen sairastumisriskissä oleville tehtiin tammikuussa 2016. Aineiston analyysi tapahtui helmikuussa. Projektiryhmä kokoontui suunnittelemaan ryhmäohjausmallia haastattelussa ilmenneiden toiveiden pohjalta 2017. Haastattelun tulosten pohjalta tehtiin ryhmäohjausmalli jonka katsottiin vastaavan haastatteluun vastanneiden omahoitoa tukevaa ryhmäohjausmallia. Taulukossa 3 on esitetty kehittämiprojektin eteneminen taulukkomuodossa.

Taulukko 3. Kehittämishankkeen eteneminen

Kehittämishankkeen aikataulu	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kehittämishankkeen aloitus	x						
Hankkeen ideavaihe	x						
Hankkeen esiselvitys			x				
Seulonnat		x	x				
Hankkeiryhmän kokoaminen	x						
Hankkei- ja tutkimussuunnitelman hyväksyminen			x				
Haastattelujen suorittaminen					x		
Aineiston analysointi					x		
Ryhmäohjausmallin tekeminen						x	
Loppuraportti valmis							x

Hankkeiryhmään kuuluivat hankkeipäällikön lisäksi neuvolan vastaava terveydenhoitaja, diabeteshoitaja ja liikunnanohjaaja sekä mentori. Hankkeiryhmä perustettiin jo ennen varsinaisen hankkeen alkamista seulonnan toteuttamisen suunnittelemiseksi. Hankkeiryhmä osallistui myös potilaiden haastattelukysymysten tekoon sekä ryhmäohjausmallin suunnitteluun tutkimustulosten pohjalta. Hankkeipäällikkö tiedotti hankkeen etenemisestä ohjausryhmää ja muita hankketä koskevia tahoja. Hankkeipäällikkö teki työsuunnitelman, toteutti hankkeen tutkimuksellisen osuuden sekä arvioi ja seurasi hankkeen toteutusta. Ohjausryhmään kuuluivat tuutoropettaja, diabeteslääkäri, työterveyshuollon osastonhoitaja, mentori ja liikuntatoimen johtaja. Ohjausryhmä valvoi hankkeen edistymistä, arvioi tuloksia ja teki tarvittavat päätökset. Ohjausryhmä myös tiedotti hankkeesta sidosryhmille terveyspalvelujen sisällä. Kuviossa 4 esitetään kehittämissuunnitelman organisaatio ja sitä koskevat tahot.



Kuvio 4. Kehittämiprojektin organisaatio ja tahot.

## 7 PROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO

### 7.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää prediabeetikoiden odotuksia hyvästä ryhmäohjauksesta ja ryhmätoiminnasta sekä heidän tarvitsemastaan tuesta diabeteksen edellyttämässä elämäntapamuutoksessa. Tutkimustuloksia oli tarkoitus hyödyntää ryhmäohjaus- ja ryhmätoimintamallin suunnittelussa prediabeetikoille.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Millaiset odotukset prediabeetikoilla on ryhmäohjauksesta ja ryhmätoiminnasta?
2. Minkälaista tukea prediabeetikot kokevat tarvitsevansa kyetäkseen elämäntapamuutokseen?

### 7.2 Tutkimusmenetelmät ja aineisto

Tutkimusmenetelmä on puolistrukturoitu teemahaastattelu. Sille on ominaista, että jokin haastattelun näkökohta on lyöty lukkoon, mutta ei kuitenkaan kaikkia. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan aihepiireihin ja suunnataan henkilöiden subjektiivisiin kokemuksiin. Teemahaastattelun avulla voidaan tutkia yksilön ajatuksia, kokemuksia ja tuntemuksia. Siinä korostuu haastateltavien elämysmaailma ja se tuo tutkittavien äänen kuuluville. (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 47–48.)

Teemahaastattelua on suositeltavaa käyttää kun käsitellään tunteellisesti herkkiä asioita tai kysymyksiä joista ei haastateltava ole tietoinenkaan. Teemahaastattelulla saadaan myös arvokasta tietoa asioista joista tutkittava ei ole tottunut puhumaan päivittäin kuten arvot, asenteet ja aikomukset. (Åstedt - Kurki & Heikkinen 1994, 420.) Tutkimuksessa käytettävä teemahaastattelurunko (liite 2) perustuu aiheesta tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen.

Seulonnan kohderyhmä pyrittiin valitsemaan 45 ikävuoden molemmin puolin jotta ennaltaehkäisevä omahoito olisi tarkoituksenmukainen. Haastateltavat henkilöt oli tarkoi-



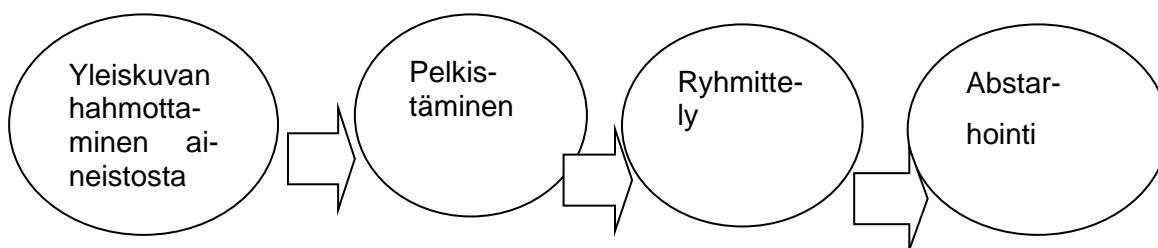
tus saada seulontojen perusteella löydettyistä prediabeetikoista. Prediabeetikot olivat saaneet diabetesriskitestissä 12 pistettä tai yli ja joiden verensokeri oli 6.1 - 6.4 mmol/l. Seulonnan tuloksena oli saatu kahdeksan prediabeetikkoa lokakuun 2014 loppuun mennessä. Haastateltaviksi pyydettiin kaikkia kahdeksaa prediabeetikkoa. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastattelut toteutettiin viikolla 3 -5 vuonna 2016 haastateltavan haluamassa häiriöttömässä paikassa. Teemahaastattelu nauhoitettiin haastateltavan luvalla ja nauhoitukset aukikirjoitettiin.

### 7.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällön analyysi on laadullisessa tutkimuksessa perusanalyysitapa, jonka avulla kyetään analysoimaan sekä kirjoitettua että suullista aineistoa. (Burns & Grove, 2005, 16- 22.) Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin haastattelujen pohjalta. Sisällönanalyysi voidaan tehdä induktiivisesti aineistosta lähtien tai deduktiivisesti teorialähtöisesti. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä tutkimusaineistosta muodostetaan kokonaisuus, johon aiemmat havainnot ja teoriat eivät saa vaikuttaa, vaan tulosten tulee nousta aineistosta. (Burns & Grove, 2005, 16- 22.)

Sisällönanalyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymysten asettelu ohjaavat. Analyysissä ei tarvitse analysoida kaikkea tietoa, vaan vastausta haetaan tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Aineistolähtöistä sisällönanalyysiä voidaan kutsua myös konventionaaliseksi sisällönanalyysiksi, mikä tarkoittaa prosessia jossa aineisto puretaan osiin ja sisällöltään samankaltaiset asiat yhdistetään. Seuraavaksi aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Aineistolähtöisyydessä on keskeistä, että aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka, 2007, 112.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä hahmotetaan yleiskuva aineistosta, pelkistetään ilmaukset, ryhmitellään ilmaukset alaluokiksi ja abstrahoidaan alaluokat. (Kylmä & Juvakka, 2007, 166.)

Varsinainen analyysi alkaa haastattelun kokonaisuuden hahmottamisella. Hahmottaminen mahdollistaa aineiston yksityiskohtaisemman analyysin. Yksityiskohtaisessa analyysissä on kolme vaihetta: pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet (Kylmä & Juvakka, 2007).

Hahmottamisessa aukikirjoitettua aineistoa luettiin useampaan kertaan, jolloin haastatteluista saatiin yleiskuva ja tunnelma. Seuraavassa vaiheessa aineistoa analysoitiin sisällönanalyysin avuin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kerätyn aineiston avulla tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Aukikirjoitetusta haastatteluista pyrittiin etsimään tutkimuskysymyksiin vastaavia sanoja ja lauseita, kuten sitoutuminen ryhmään, tapaamisten teemoittaminen jne..Nämä erotettiin eri värejä käyttäen. Nämä muodostivat pelkistyiä jotka vastasivat haastateltavien ilmaisuja. Pelkistykset ryhmiteltiin numeroittain ja niiden avulla muodostettiin alakategorioita, joita oli esimerkiksi odotukset ryhmäohjaukselta – teemassa 11 kappaletta. Tämän jälkeen alakategoriat yhdistettiin yläkategorioksi, jotka vastasivat tutkimusongelmiin, kuten esim. ryhmätoiminnalta odotettiin *diabetekseen liittyvää tietoa*, joka vastasi tutkimusongelmaan ”*Millaiset odotukset prediabeetikolla on ryhmäohjauksesta ja ryhmätoiminnalta?*”

#### 7.4 Tutkimustulokset

Haastatteluun osallistui yhteensä 5 henkilöä. He olivat työikäisiä 45 – 55 vuotiaita joista vain yksi oli mies. Kaikki haastateltavat olivat saaneet diabetesriskitestistä yli 12 pistettä ja heidän pitkäaikaissokeri arvot sisältyivät haarukkaan 6,1 – 6,4mmol/l. Koulutukseltaan haastateltavat olivat useasta ammattiryhmästä, yhteistä tekijää haastateltavien kesken ei ollut tässä suhteessa.

##### 7.4.1 Odotukset ryhmäohjaukselta

Yläkategoriat on kirjoitettu kursivilla. Yläkategoriaksi muodostui mitä haastateltavat toivoivat ryhmäohjaukselta saavansa *diabetekseen liittyvää tietoa*. Tiedon tulisi olla sellaista, jossa käsiteltäisiin diabeteksen aiheuttamia oireita ja miten diabetesta tulisi hoitaa kuin myös diabeteksen ehkäisyyn liittyviä asioista.

*"Sellaista tietoa diabeteksestä jota hoitaja pitää tärkeänä ja mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota sen ehkäisyssä."*

Haastateltavat kokivat, että tiedon tulisi olla luotettavista lähteistä. Hoitajan antaman tieto koettiin luotettavaksi. Oli myös mielipide joka ei toivonut tietoa sairauksista.

Joku koki sairauksien käsittelemisen myös rasittavaksi, koska haastateltava ei kokenut diabetesta riskinä.

Odotettiin saavan *asiakslähtöistä ohjausta* joka huomioisi yksillöllisyyden ja ohjauksen saatavuuden myös netin kautta. Ohjausta toivottiin saatavan siinä muodossa, että se sopisi haastateltavan omaan elämäntilanteeseen.

*"Toivoisin että keskusteltaisiin asioista jotka koskettavat minua ja mitä ne tarkoittaisivat minun elämässäni diabeteksen ehkäisyssä."*

Henkilökohtaisesti omaa elämää koskeva tiedon saanti diabeteksestä koettiin tärkeäksi ja sitä miten prediabetes koskettaa omia tapoja ja harrastuksia.

*"Ryhmässä tulee keskustella niistä asioista joilla olisi yhteneväisyyksiä omaan elämäntapaan ja tyyliin ja niitä voisi verrata."*

Joidenkin mielestä ryhmäohjaus ei sovi elämäntilanteeseen vaan koettiin netin kautta tapahtuva yksilöohjaus mielekkäämmäksi.

*Liikkumisen motivoinnin keinot* nousivat myös yläkategoriaksi odotuksista ryhmäohjauksessa. Odotettiin konkreettista tietoa liikunnasta eli miten eri liikuntamuodot vaikuttavat terveyteen. Tietoa ja kokemuksia liikuntapaikoista joissa olisi mahdollisuus liikkua oman mieltymystensä mukaan. Haluttiin tietoa diabeteksen vaikutuksesta liikkumiseen.

*"Ellei asiakas itse osaa hakea tietoa liikunnasta, hänelle tarjottaisiin vaihtoehtoja minkälaisissa ryhmissä liikkuminen voisi onnistua."*

*Tieto liikunnasta* –yläkategoriassa toivottiin tietoa miten liikunnan harrastamisen saisi omaan elämäntilanteeseen sopivaksi ja miten se vaikuttaa diabetekseen.

*"Kaipaisin tietoa liikunnasta mitä se edellyttää minun osaltani diabeteksen suhteen."*

Odotettiin myös ohjeita miten liikkumista voi lisätä arkielämässä.

*”Tarvitsisin tietoa liikkumisen hyödyistä, vaikka liikkuminen ei aina tapahtuisikaan hiki hatussa.”*

Tietoa ravitsemuksesta ja ruokailutottumuksista nousi kolmanneksi yläkategoriaksi liittyen odotuksiin ryhmäohjauksesta. Haastateltavat halusivat ravitsemuksen sisältöä koskevaa tietoa.

*”Mitä ruokaaineita tulisi välttää ja mitä suosia.”*

Odotettiin ravitsemusohjauksen olevan sellaista, joka kiinnittäisi huomiota myös mahdollisiin allergioihin.

Odotettiin saavan myös keinoja taloudelliseen ja terveelliseen ravitsemuksen toteuttamiseen.

*”Miten onnistuisin välttämään ruokailuun liittyvät sudenkuopat ja valitsemaan terveellisiä vaihtoehtoja.”*

Ruokailutottumusten säännöllistämiseen koettiin tarvitsevan ohjausta

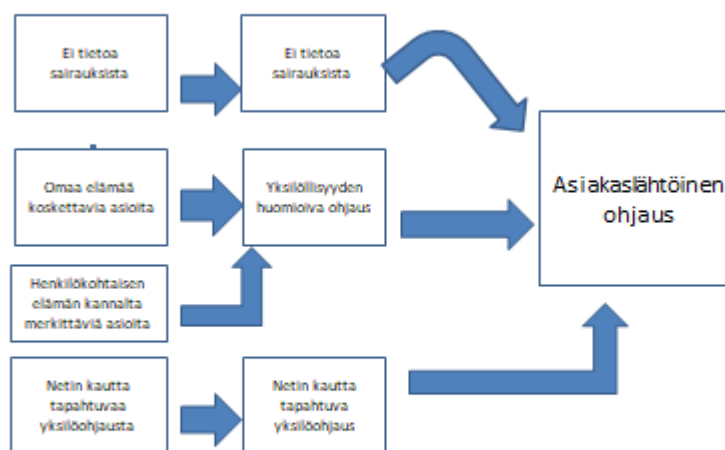
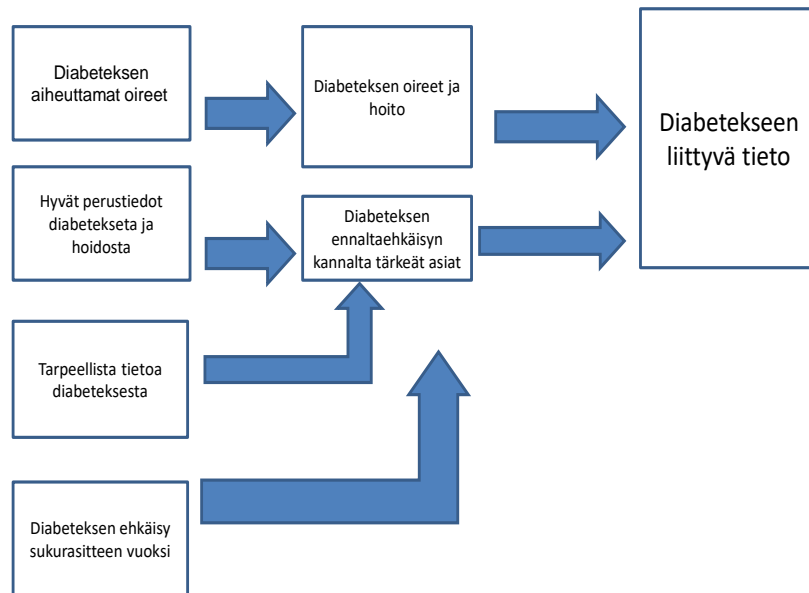
*”Ruokarytmin parantaminen ja sen kautta turhan napostelun vähentäminen.”*

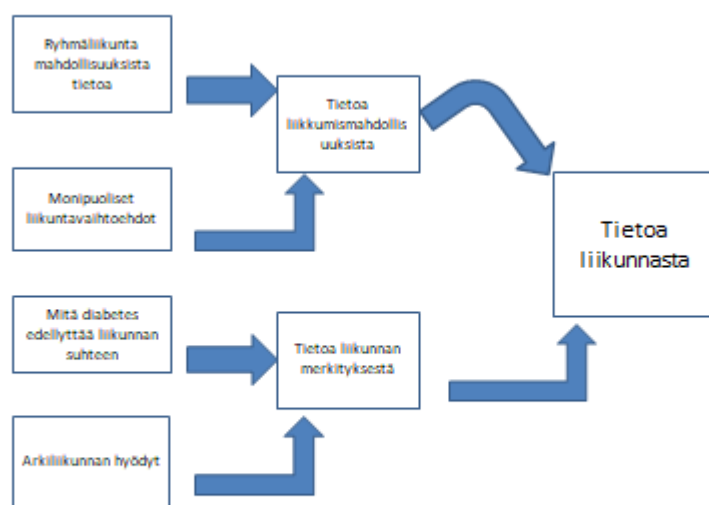
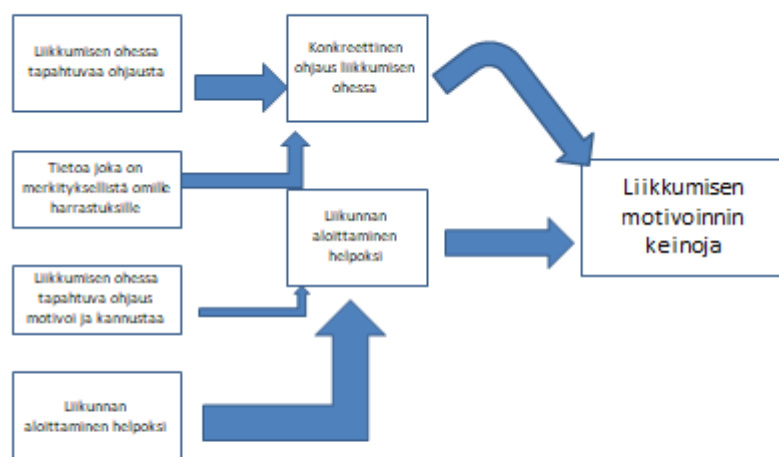
Luokitus odotuksista ryhmäohjaukselta on alla (s. 45 – 48) piirrettyssä kuviossa (Kuvio 6).

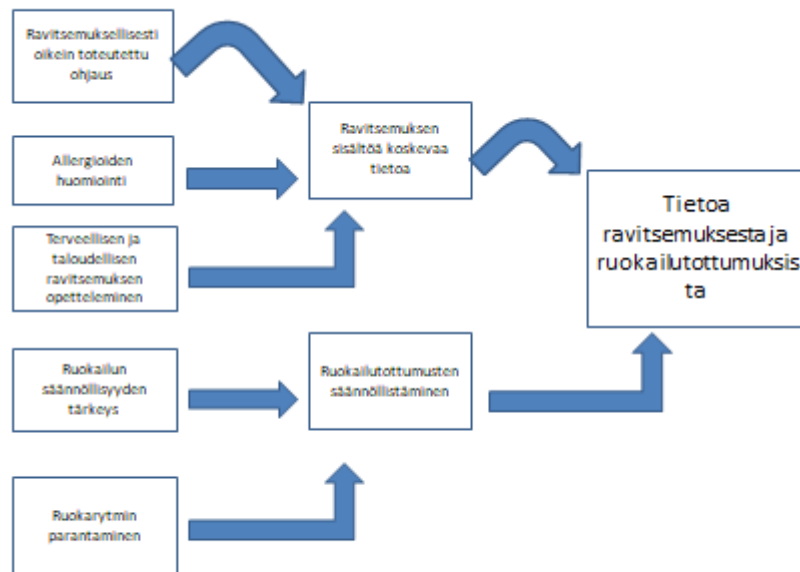
PELKISTETTY  
ILMAUS

ALAKATEGORIA

YLÄKATEGORIOA







Kuvio 6. Odotukset ryhmäohjaukselta

#### 7.4.2 Odotukset ryhmätoiminnalta

Yläkategorioita odotuksista ryhmäohjauksessa oli useita. Yläkategoriassa *Odotuksia ryhmätapaamisten luonteesta*, odotettiin että ryhmässä oltaisiin sitoutuneita ryhmän toimintaan ja tapaamiset olisivat säännöllisiä ja tapaamiset olisivat teemoitettuja.

*”Tapaamiset tulisi teemoittaa ja tapaamiset olisivat säännöllisiä ja että ryhmässä syntyisi tunne että tämä on meidän juttu.”*

Ryhmäkeskustelujen teemoittaminen koettiin tärkeäksi jotta keskustelujen asiasisältö pysyisi tapaamisen aiheeseen liittyvänä. Epäilyä herätti myös se että elleivät tapaamiset olisi teemoitettuja keskustelu ei pysyisi asiassa vaan keskusteltaisiin tarkoituksettomista aiheista.

Vaitiolovelvollisuus koettiin myös tärkeäksi, jotta keskustelut ryhmän sisällä jäisivät myös ryhmän sisäisiksi. Odotettiin myös että ryhmän keskuudessa olisi hyvä yhteishenki.

*"Ryhmässä tulisi sopia sitoutumisesta ryhmässä käyntiin ja asiat olisivat ryhmän sisäisiä eikä niistä keskusteltaisi ulkopuolisten kuulle."*

Odotuksissa ryhmätapaamisten kestosta nousi säännöllisyys tärkeäksi. Säännöllisyys koettiin tärkeäksi myös ryhmän sitoutumisen kannalta.

Ryhmän tapaamisen kokonaiskesto tulisi olla puoli vuotta 1-2 kertaa kuussa. Tapaamiskertojen kesto tulisi olla haastateltavien mielestä 1,5 tuntia varsinkin jos ne sisältävät liikuntaa. Odotettiin myös, että ryhmää tulisi jatkaa niin kauan kunnes tuloksia alkaisi näkyä.

*"Aluksi olisi hyvä jos ryhmä tapaisi kerran viikossa tai ainakin joka toinen viikko noin puolitoista tuntia jos siihen sisältyy liikuntaa."*

Odotukset tavoitteiden saavuttamisesta ryhmässä vaatisivat haastateltavien mielestä alkutason mittausten tekemisen, kuten painon, verensokerin ja verenpaineiden mittaukset, jotta näitä voitaisiin verrata ryhmätapaamisen arvioinnissa tai mahdollisessa jälkitapaamisessa, näiden katsottiin antavan motivaatiota elämäntapamuutokseen.

Yläkategoria *Odotukset ryhmätapaamispaikasta* kuuluu myös odotuksiin ryhmätoiminnalta. Haastateltavien mielestä tapaamispaikan tulisi vastata tapaamisen teemaa.

*"Rauhallinen ja kodinomainen tapaamisympäristö, mutta riippuu myös tapaamisen aihepiiristä. Jos tarkoitus havainnollistaa jotain, ympäristön tulisi antaa siihen mahdollisuus."*

Liikkuminen ulkona koettiin myös mielekkääksi vaihtoehdoksi tapaamisille ja koettiin että liikkumisen yhteydessä voitiin keskustella tapaamiskertojen teemasta tai liikkumisen tuntemuksista. Haastateltavien mielestä tapaamisten ajankäyttöä olisi hyvä käyttää hyödyksi ja varsinkin liikkumiseen.

Toivottiin selkeää ohjeistusta tapaamispaikoista ja varustuksesta ja toivottiin tapaamiin yhdistettävän liikuntaa ja ulkona ja erilaisissa liikuntapaikoissa. Keskustelun toivottiin onnistuvan liikuntasuoritusten aikana ja liikuntasuoritusten jälkeen arvioitaisiin kokemuksia.



Yläkategoria *Odotukset ohjaajan tiedoista ja toiminnasta* kuuluu odotuksiin ryhmätöiminnalta. Ohjaajalta odotetaan vankkaa tietoa diabeteksestä ja hänen tulisi olla sitoutunut toimintaan ja valmistella tapaamiset hyvin.

*"Ohjaajaan tulee voida luottaa ja hän on täsmällinen."*

Ohjaajan toiminnalta odotettiin myös taustatietojen selvittämistä ryhmäläisistä ja myös hyvää vuorovaikutustaitoa.

*"Ohjaajalla tulee olla tietoa ja silmää ryhmäläisille ja heidän tarpeilleen."*

*Odotukset ryhmäläisistä* muodosti yhden yläkategorian odotuksista ryhmätöiminnalta. Haastateltavien kannat poikkesivat tässä toisistaan. Jotkut odottivat, että ryhmäläiset olisivat samankaltaisia, mutta joidenkin mielestä erilaiset ihmiset antaisivat ryhmään sisältöä. Samankaltaisten ihmisten koettiin säilyttävän mielenkiinnon ryhmään ja sen aiheisiin.

*"Ryhmässä tulisi olla kaikenlaista porukkaa, koska se antaa ryhmälle enemmän."*

*"Ryhmä olisi homogeeninen ja kaikilla säilyisi mielenkiinto keskittyä aiheisiin."*

Sitoutumista ryhmään odotettiin kuitenkin kaikenkalaisilta ihmisiltä.

*"Jos ryhmäläiset ovat sitoutuneita voisi siitä olla hyötyä."*

*Vertaistuki* nousi yhdeksi yläkategoriaksi odotuksista ryhmätöiminnalta. Odotuksia oli mahdollisuudesta tavata ryhmäläisiä ryhmän ulkopuolellakin ja näin mahdollisesti auttaa muitakin ryhmäläisiä elämäntapamuutoksessa

### 7.2.1 Elämänmuutoksessa tarvittava tuki

*Perheen tuki* muodosti yhden yläkategorian elämänmuutoksessa tarvittavassa tuessa. Yksi haastateltava koki saavansa kaiken tuen perheeltään.

*Ulkopuolisen tuen tarve on vähäinen* on yksi yläkategoria elämänmuutoksessa tarvittavassa tuessa. Yksi haastateltava koki olevansa niin vahva että ryhmästä ei tukea olisi elämänmuutoksessa.

Prediabetesta ei koettu sairaudeksi oireettomuuden vuoksi ja koettiin, ettei tämän johdosta elämänmuutosta tarvita.

*Terveellisten elämäntapojen tukeminen* muodostaa yhden yläkategorian elämänmuutoksessa tarvittavassa tuessa. Haastateltavat odottivat saavansa elämäänsä sisältöä ja toimintaa ryhmän kautta. Ryhmästä toivottiin keinoja liikunnan lisäämiseen ja herkkujen syömisen välttämiseen.

*”Olisi johonkin mihin lähtisi illalla ja kannustaisi toimimaan eikä syömään iltaisin.”*

Haastateltavat odottivat saavansa ryhmästä keinoja terveellisempään elämäntapaan toisten virheiden ja hyvien kokemusten kautta.

*”Kokeilisin muiden konsteja ja toisin omia virheitäni muiden tietoon.”*

*Saadun tiedon hyväksikäyttö* on yksi yläkategoria elämänmuutoksessa tarvittavassa tuessa. Odotettiin että saatua tietoa ryhmätapaamisista ja ryhmäläisten kokemusten kautta osattaisiin soveltaa omaan elämään tapaamisten välissä. Tukea ja tietoa toivottiin saatavaksi myös tapaamisten ulkopuolelta kuten ryhmäläisten keskinäisistä tapaamisista.

*”Ryhmäläiset voivat tavata niin usein kuin haluavat.”*

Joidenkin mielestä ohjaajan tuli olisi tarpeen myös tapaamisten välissä ja odotettiin ohjaajan olevan tavoitettavissa vaikka sähköpostitse.

## 7.5 Pohdinta

### 7.5.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulosten mukaan **ryhmäohjauksen odotukset** kohdistuivat haluun saada lisää tietoa diabeteksestä. Toivottiin tietoa, joka perustuu luotettaviin lähteisiin ja tietoa siitä, miten sairastumisen ehkäisyyn pystyisi itse vaikuttamaan. Suomalaiset ja kansainväliset tutkimukset kuten The Diabetes Preventio Stady ( DPS) ja The Diabetes Preventio Program ( DPP) ovat selkeästi osittaneet elämäntapamuutosten tehon tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä.

**Ravitsemuksesta ja ruokailutottumuksista** odotettiin saavan tietoa tästä tutkimuksessa. Salmisen ym. (2002, 1379) mukaan ruokavalion koostumuksen ja diabeteksen yhteyttä on tutkittu vähän. Yksimielisyys kuitenkin on siitä, että runsaasti tyydyttyneitä rasvoja sisältävä ja niukkakuituinen ruokavalio altistaa diabetekselle.

Tässä tutkimuksessa odotettiin saavan **tietoa liikunnasta** ja varsinkin siitä mitä liikunta vaikuttaa diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Liikunnan tiedetään vaikuttavan moniin kroonisiin sairauksiin ennaltaehkäisevästi. Esimerkiksi jo pienelläkin liikunnan lisäämisellä vähennetään diabeteksen riskiä. (Waller, 2011.)

Tässä tutkimuksessa odotettiin myös keinoja, miten onnistuisi liikkumaan omaan elämäntilanteeseen sopivasti. Liikuntamotivaation nostamiseen odotettiin ryhmäohjaukselta keinoja. Korkiakankaan (2010, 16) mukaan liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät muuttuvat eri elämän vaiheissa ja elämäntilanteissa. Työikäiset kokivat liikuntamotivaatiota lisäävinä tekijöinä tekniset apuvälineet, liikuntapäiväkirjan, halun kuulua liikunnallisten ihmisten joukkoon, liikunnallisten ystävien ihailun ja omille lapsille mallina olemisen. Tässä tutkimuksessa ryhmätapaamiskerroilta odotettiin myös yhteisiä liikunta- tuokioita, joiden aikana tai jälkeen voisi keskustella teeman mukaisista asioista ja kokemuksista.

**Asiakaslähtöinen ohjaus** oli tämän tutkimuksen mukaan tärkeä osa ryhmätoimintaa. Ryhmäohjaukselta odotettiin saatavan asiakaslähtöistä ohjausta, jossa otettaisiin huomioon ryhmäläisten oma elämäntilanne ja toiveet miten he pystyisivät toteuttamaan liikkumisen, ravitsemuksen ja elämäntapamuutoksensa ryhmän ulkopuolellakin ja omaan elämäänsä sisällyttäen.

Nykykäsityksen mukaan ohjaus pyrkiikin edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla Ohjauksessa asiakas on aktiivinen pulman ratkaisija, ja hoitaja tukee häntä päätöksenteossa. (Kynäns ym.,2007, 25- 31.)

Tässä tutkimuksessa tuli esille **ryhmätoiminnan luonteeseen liittyviä odotuksia**. Ryhmätapaamisten odotettiin olevan teemoitettuja ja vaihteluvaihteellisia, jotta asiassältö säilyisi tapaamiskerroilla. Luonteeltaan ne haluttiin olevan asiasisällön mukaisia, eli jos aiheena liikunta toivottiin yhteisiä liikuntakokemuksia ja kokeiluja. Kynänsen ym. (2007, 104- 105) mukaan ryhmäohjausta käytetään terveydenhuollossa yleisesti. Sen avulla saavutetaan toisinaan parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella, ryhmäohjaus on myös taloudellisempaa. Ryhmäohjaus voi olla jäsenille voimaannuttava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamista. Hyvän, toimivan ryh-

män edellytyksiä ovat yhteinen tavoite ja tunne ryhmään kuulumisesta halu sitoutua toimimaan siinä.

**Ryhmätapaamisten keston** toivottiin tämän tutkimuksen mukaan olevan 1,5 tuntia kerrallaan varsinkin jos ne sisältävät toimintaa. Runsaasti asiaa/teoriaa sisältäville tapaamisille odotettiin ryhmätapaamispaikaksi rauhallista ympäristöä. Ryhmätapaamisten toivottiin olevan säännöllisesti ja tapaamispaikasta ja varustuksesta toivottiin saavan selkeän oheistuksen. Ryhmälle on tärkeää luoda myös yhteiset säännöt. Täsmällisyys on ryhmätoiminnalle miellyttävä tapa ja ryhmäohjaajan tulee näyttää tässä asiassa esimerkkiä.

**Odotuksiin ohjaajan tiedoista ja toiminnasta** koettiin tärkeäksi ohjaajan vankka tieto diabeteksestä ja ohjaajan luotettavuus. Ohjaajan odotettiin valmistelevan ryhmätapaamiset hyvin ja olla tietoinen ryhmäläisten taustoista. Tässä tutkimuksessa Elorannan ja Virkin (2011, 77- 82) tuomat tulokset saivat tukea ryhmän koosta, ryhmän kokoontumisen kestosta ja kerroista kuin myös ohjaajan tiedoista ja taidoista.

**Odotukset ryhmäläisistä** olivat tämän tutkimuksen mukaan kaksijakoiset. Ryhmäläisten odotettiin olevan tutkimuksen mukaan samankaltaisia, mutta myös rikkautena pidettiin monenlaisten ihmisten osallistuminen ryhmän toimintaan. Ryhmään sitoutumista pidettiin tärkeänä ja ryhmästä odotettiin saavan myös vertaistukea. Ryhmäläiset odottivat myös mahdollisuutta tutustumiseen ryhmän ulkopuolellakin. Myös Lipponen ym. (2006, 86) korostavat vertaistuen merkitystä ryhmäohjauksessa.

**Elämäntapamuutoksessa** odotettiin tässä tutkimuksessa saatavan tukea perheeltä kuin ryhmältäkin. Odotettiin että ryhmä olisi avuksi muutoksessa jonka kautta elämä muuttuisi terveellisemmäksi ja ryhmässä saatu tieto tulisi hyväksikäytetyksi.

### 7.5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnin keskeisiä kriteereitä ovat uskotavuus, siirrettävyys, vahvistettavuus ja riippuvuus. Jotta tutkija voisi arvioida tutkimuksen luotettavuutta sekä sen vahvuuksia ja heikkouksia tulee tutkimuskonteksti, osallistujien valinta ja taustat sekä aineiston keruu kuvata tarkasti. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa suoria lainauksia käytetään, joilla pyritään lisäämään tutkimuksen luotettavuutta (Kankkunen ym., 2009, 160.) Tämän projektin ja siihen liittyvän tutkimuksen avulla pyritään ennaltaehkäisemään diabeteksen sairastumisia, millä voidaan päästä

pitkällä tähtäimellä myös yhteiskunnallisiin säästöihin. Aihe edistää siis hyvää sekä yksittäisen ihmisen että yhteiskunnan näkökulmasta.

Prediabeetikkojen pyytäminen haastateltaviksi edellyttää heidän yhteystietojensa saamista potilasrekisteristä. Henkilötietolain (1999/523) 14 §:n mukaan henkilötietojen käsittely on mahdollista, jos tutkimusta ei voi suorittaa ilman henkilöiden yksilöintiä koskevia tietoja. Viimekädessä arviointi henkilötietojen luovuttamisesta tutkijan käyttöön jää tutkimusluvan myöntäjälle. Haastatteluaineisto hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkimusraportti kirjoitettiin niin, ettei haastateltavia pystytty tunnistamaan. Tutkimukseen pyydettyjä henkilöitä informoitiin sekä suullisesti että saatekirjeellä (liite 3), jonka yhteydessä olevan tietoisien suostumuslomakkeen he allekirjoittivat ja antoivat tutkijalle haastattelutilanteessa. Lisäksi tiedotettiin Salon kaupungin terveystietopalveluja (aikuisneuvolaa ja diabetesneuvolaa) tehtävästä tutkimuksesta tutkimustiedotteella (liite 4). Tutkimuslupa haettiin johtavalta hoitajalta.

Laadullisen tutkimuksen luetettavuutta voidaan arvioida tutkimusprosessin eri vaiheissa (Kylmä & Juvakka, 2007, 129- 131) Tässä tutkimuksessa tutkittava ilmiö on tunnistettu ja perusteltu eli prediabeetikoille tulisi löytää toimiva ryhmäohjaus- ja ryhmätoimintamalli, jotta ennaltaehkäisy tuottaisi tulosta. Tutkimus sopii laadullisesti tehtäväksi tutkittavien henkilökohtaisten mielipiteiden saamiseksi esille tutkimuksessa. Tutkittavat muodostavat edustavan tutkimusjoukon, koska heidät on todettu prediabeetikoiksi. Heidät on löydetty erilaisista konteksteista (neuvola, työterveyshuolto, osastojen henkilökunta ja työttömien terveystarkastukset), jolloin heillä voi olla myös erilaisia näkemyksiä ryhmäohjauksesta ja -toiminnasta sekä erilaisia tuen tarpeita elämäntapamuutoksessa. Miesten vähäinen osuus seulonnassa ja siten myös haastatteluissa vähentää tutkimusjoukon edustavuutta. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat on nimetty ja ne ovat laadulliseen tutkimukseen soveltuvat. Haastatteluteemat ja niihin liittyvät kysymykset on pyritty asettamaan siten, että niillä saadaan monipuolisesti vastauksia tutkimusongelmiin. Teemahaastattelun testaus tehtiin helmikuun 2016 aikana aikuisneuvolan vastaanotolla kahdelle diabetessairastumisriskissä olevalle asiakkaalle.

Tässä tutkimuksessa tutkittavat haastateltiin yksittäin ja haastattelut nauhoitettiin. Haastattelussa käytettiin aihepiireihin pohjautuvaa teemahaastattelurunkoa ja teemahaastattelurunkoa testattiin kahdella haastateltavalla. Tutkimuksen tekijällä oli myös aiheeseen liittyvä pitkä kokemus diabeetikoiden kanssa työskentelystä. Tämän tutkimuksen tutkimusprosessi on pyritty esittämään lukijalle selkeästi niin, että lukijalle syn-

tyy käsitys tutkimuksen eri vaiheista. Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytettyä sisällönanalyysiä on tehty näkyväksi erilaisten kaavioiden ja suorien lainausten avulla. Tämä tutkimus tehtiin opintojen yhteydessä, mutta tutkijan mielenkiinto aiheeseen on pitkältä ajalta ja tutkija on tehnyt aiheeseen myös muita opinnäytetöitä. Tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä samankaltaisten ryhmäohjausten pohjaksi. Tutkimustuloksia voitaisiin myös hyödyntää esimerkiksi netissä tapahtuvan ohjauksen pohjana

## 8 PREDIABEETIKKOJEN RYHMÄOHJAUSMALLI SALON KAUPUNGIN TERVEYSPALVELUISSA

Ryhmäohjausmallia lähdettiin toteuttamaan tutkimuksen haastattelujen tulosten perusteella yhdessä projektiryhmän kanssa. Ryhmäohjausmallin tukena käytettiin myös projektiryhmän tukea kuin myös aiemmin käytettyjä ryhmäohjausmalleja kuten Ikihyvä -ryhmätoimintamalli. Prediabeteksen ryhmätoimintamallista on tarkoitus pitää esittely Salon työterveyshuollon työntekijöille kuin myös Salon aikuisvastaanoton työntekijöille niin hoitajille kuin lääkäreillekin. Esittelyn tarkoitus on tuoda tietoon kyseisen ryhmän aloittamisesta Salon terveyspalveluissa. Lääkärit ja hoitajat ohjataan teettämään tarkastuksiin ja lääkärin vastaanotolle tuleville henkilöille diabetesriskitestiä ja pitkäaikaisverensokerimittausta joiden perusteella riskiryhmässä olevia asiakkaita voitaisiin ohjata prediabeetikkojen ryhmätoimintaan.

Prediabeteksen ryhmäohjausmalli on tarkoitus saada kokoon kahdesti vuodessa keväisin ja syksyisin. Ryhmän alkamisajankohdat ilmoitetaan työterveyshuoltoon, lääkärin vastaanotoille ja aikuisneuvolaan. Ryhmän koko tulisi olla noin viisi – kuusi henkilöä, jotka valikoituvat ryhmään diabetesriskitestin pisteiden ollessa 12 tai yli ja joiden verensokerin pitkä aikaisarvo olisi 6,1 – 6,4 mmol / l. Ryhmän ohjelmien tukena käytetään jo käytössä olevia terveystasvatusmalleja joista tutkimusten perusteella on näyttö. Ryhmän tapaamiskertojen toteutumisesta vastaavat ammattihenkilöt, jotka turvaavat ohjauksensa käypähoitomallin ja kotimaisten ryhmätoimintamallien työkalujen avulla.

Ryhmäohjausmallin tapaamiskertojen kesto on 1,5 tuntia kerran viikossa ja jokaiselle tapaamiskerralle on oma teemansa. Kaikkien kuuden tapaamiskerran teemojen aiheet on esitetty taulukossa 4.

Ensimmäisillä tapaamiskerroilla on tarkoitus tutustua ja luoda ryhmälle säännöt. Muutosmotivaatiota pyritään kasvattamaan diabeteksen ehkäisy luennolla, jolloin ryhmäläisten tietoon saatetaan diabeteksen sairastumisen riskit ja miten pienillä muutoksilla riski sairastumiseen voidaan ehkäistä tai siirtää sairastumista. Muutoshalukkuutta pyritään lisäämään omaseurannan avulla, kuten liikunta- ja ruokapäiväkirjan pitämisellä.

Kolmannella ja neljännellä tapaamiskerralla on tarkoitus valmistella muutoksen toteuttamista liikuntaa ja ravitsemusta koskevilla keskusteluilla ja samalla liikkumalla. Näillä

kerroilla pyritään myös kasvattamaan vertaistuen mahdollisuuden saamista ryhmäläisten kesken kuin myös innostamaan liikkumisesta.

Viidennellä ja kuudennella tapaamiskerralla paneudutaan tavoitteiden saavuttamiseen missä asioissa on onnistuttu ja miksi ja mitkä asiat ovat jääneet toteutumatta ja miksi. Viimeisen kerran tapaamisella arvioidaan ryhmän ja omien tavoitteiden toteutumista ja miten elintapojen muutosta voidaan ylläpitää, jotta diabeteksen sairastuminen voidaan ehkäistä.

Taulukko 4. Prediabeetikkojen ryhmätapaamisten aiheet

I Tapaaminen	II Tapaaminen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutustuminen</li> </ul> <p>Ryhmän sääntöjen luominen</p> <p>Luento diabeteksestä ja sen ehkäisystä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keskustelua omista käsityksistä miten voi vaikuttaa omaan terveyteensä</li> <li>• Harjoitus – missä halaisiin olla vuoden kuluttua</li> <li>• Työvälineet unelman toteuttamiseksi: Tavoitteet, suunnittelu ja kotitehtävät</li> <li>• Alkumittausten tekeminen: Paino, vyötärönympärys, verenpaine</li> <li>• Kotitehtäväksi: Ruokapäiväkirjan (palautus seuraavaan tapaamiseen) ja liikuntapäiväkirja (palautus III tapaamiseen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruokapäiväkirjojen palautus</li> <li>• Ruokavalinnat, keskustelua ruokavalinnoista ja ruokailun ajankohdista</li> <li>• Luento: Miten syödä terveellisesti?</li> <li>• Tavoitteiden asettaminen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ovatko tavoitteeni konkreettiset ja omaan elämäni sopivat, ovatko tavoitteeni positiiviset ja tavoitettavissa</li> <li>- Lyhyentähtäimen asettelu: mitä, missä, milloin ja miten varmistan toteutumisen?</li> <li>- Kotitehtävän perusteella: vaikeat ja helpot tilanteet ruokailussa</li> </ul> </li> <li>• Tavoiteportaikko</li> <li>• Harjoitus: Miten keventää suosikkiruokia</li> <li>• Kotitehtävä: Positiivinen palaute ja sosiaalisen tuen saanti</li> <li>• Seuraavan tapaamiskerran tapahtuman (sauvakävelyn) suunnittelu, paikan ja välineiden tiedotusta</li> </ul>

(jatkuu)



Taulukko 4 (jatkuu).

<p><b>III Tapaaminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keskustelun aiheen esittely: Liikunnan terveysvaikutukset ja miten milloin ja missä kykenen toteuttamaan liikumistani</li> <li>• Alkuverryttely ja liikkeelle lähtö</li> <li>• Kotitehtävästä keskustelua (positiivinen palaute ja sosiaalinen tuki )</li> <li>• Venyttely sisätiloissa ja samalla keskustelu millainen vaikutus kyseisellä tapaamiskerralla oli kehoon ja mieleen</li> <li>• Liikuntapäiväkirjan merkintöjen tarkastelu ja keskustelua millä tavoin liikkumista olisi mahdollista lisätä käytännön keinoin</li> <li>• Tavoiteportaikon tarkastelu</li> <li>• Liikuntapaikkojen esittely ja seuraavan tapaamiskerran paikasta ja varustuksesta sopiminen (patikointi laavulle + eväät )</li> </ul>	<p><b>IV Tapaaminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keskusteluaiheen esittely: Omat elintavat ja miten on niitä valmis muuttamaan diabeteksen ehkäisyyn vuoksi</li> <li>• Liikkeelle lähtö</li> <li>• Laavulla edelleen keskustelua: mitkä tekijät vaikuttavat onnistumiseen?</li> <li>• Eväiden syöntiä ja mahdollisesti eväsvalintojen arviointia</li> <li>• Liikuntapäiväkirja merkintöjen tarkastelu ja arvio keinoista liikunnan toteuttamisessa</li> <li>• Paluumatkalla arviointia tapaamiskerran tuntemuksista</li> <li>• Kotitehtävä: Liikunta – ja ruokailutottumusten seuraaminen</li> <li>• Seuraavan tapaamispaikan sopiminen (sama kuin ensimmäisellä kerralla)</li> </ul>
<p><b>V Tapaaminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kotitehtävien tarkastelua ja arviointia missä on onnistuttu ja mikä aiheuttanut mahdollisia epäonnistumisia ja miten ne olisivat vältettävissä</li> <li>• Arvioidaan ja tarkastellaan tavoitteita onko muutosta tapahtunut ruokailussa ja liikuntatavoissa ruokapäiväkirjojen liikuntapäiväkirjojen avulla</li> <li>• Miten motivaatiota liikkumiseen voisi lisätä, mitkä asiat koetaan omalla kohdalla tärkeäksi liikunnan lisäämiseksi</li> <li>• Harjoitus: Miten ylittää esteitä ja käyttää voimavaroja</li> </ul>	<p><b>VI Tapaaminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keskusteluaiheen esittely: Ovatko tottumukseni muuttaneet?</li> <li>• Liikuntaa ja luentoa: Miten lihasmassan suureneminen vaikuttaa verensokeriarvoihin ja miksi lihasmassasta on hyötyä diabeteksen ehkäisyssä</li> <li>• Venyttely+ rentoutus</li> <li>• Keskustelua liikkumisen aikaansaamasta tuntemuksesta ja onko ryhmäohjauksesta ollut apua liikunta – ja ravitsemustottumusten muuttamisessa</li> <li>• Mitkä ovat tavoitteet seuraavalle 6 kk:lle?</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• muutoksen ylläpitämiseen?</li><li>• Mittausten tekeminen: paino, vyötärön ympärys ja verenpaine</li><li>• Tavoiteportaikko</li><li>• Seuraavan tapaamisen paikasta ja varustuksesta sopiminen. (kuntosali)</li></ul>	<p><b>Yhteydenotto keinojen sopiminen tarvittaessa, miten toimin jos tarvitsen edelleen tukea diabeteksen ehkäisyssä ja miten seurannat onnistuvat jatkossa?</b></p>
--	--

## 9 KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIOINTI

Tässä kehittämisprojektissa oli tarkoitus osoittaa ennaltaehkäisevän työn tärkeys diabeteksen ehkäisyssä Salon kaupungin terveydenhuollossa ja tavoitteena oli kehittää toimiva ryhmäohjausmalli prediabeetikoille. Ennaltaehkäisevän työn tärkeys on suuri, mutta ongelmana on sen tehokas ja taloudellinen toteuttaminen. Ryhmäohjausmalli prediabeetikoille saatiin toteutettua yhteistyössä Salon kaupungin liikuntatoimen ja aikuis- ja työterveyshuollon kanssa.

Projektiryhmän toiminta oli yhteistyökykyistä, koska projektiryhmän jäsenet kokivat ennaltaehkäisevän työn tärkeäksi ja halusivat löytää uusia keinoja työn helpottamiseksi. Projektipääällikkönä yhteistyötahojen tunteminen auttoi yhteistyötä. Projektin aikataulun pitäminen oli todella haastavaa projektipäälliköstä johtuvien syiden vuoksi. Haastateltavien löytäminen diabetesriskitestien ja verensokeriseulonnan avulla jäi projektipäällikön tehtäväksi, mikä oli tiedossa jo mietittäessä haasteita ja vahvuuksia projektissa. Projektin haasteita ja vahvuuksia on kuvattu Swot kuvio muodossa taulukossa 5.

Taulukko 5. SWOT: projektin haasteet ja vahvuudet

Uhat	Vahvuudet
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työntekijöiden motivaation puute.</li> <li>- Prediabeetikoiden löytyminen vaikeaa. Pika pitkäaikaisveren-sokerimittarin käyttöhankinta epävarmaa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes- ja aikuisneuvoloiden työntekijöiden tuki.</li> <li>- Diabeteslääkärin tuki ja ohjaus.</li> <li>- Liikuntatoimen innokkuus yhteistyöstä.</li> </ul>
Mahdollisuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osoittaa ennaltaehkäisevän työn merkitys.</li> <li>- Löytää edullinen ja helppo tapa seuloa diabetesrikissä olevat henkilöt.</li> <li>- Asiakaslähtöinen ryhmäohjausmalli halpa ja tehokas ennaltaehkäisyta.</li> <li>- Diabetekseen sairastuvuuden väheneminen omahoidon avulla</li> <li>- Aikuis- ja diabetesneuvoloiden työ-taakan väheneminen</li> <li>- Yhteistyö Diabetesyhdistyksen kanssa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aikuisneuvola ja työterveyshuollon sijainnit rikutusti Salon alueella.</li> <li>- Salon kaupungin heikko taloudellinen tilanne ja lomautukset.</li> <li>- Yhteistyötahojen heikko motivaatio seulontoihin</li> <li>- Työntekijät väsyneitä kehittämishankkeisiin ja muutoksiin.</li> <li>- Henkilökunnan vähäinen koulutus diabeteksen hoitoon ja motivoivaan ennaltaehkäisyyn.</li> <li>- Yhteistyö riittämätön diabetesyhdistyksen kanssa, projektipäällikön työmäärän vuoksi.</li> </ul>

Projektissa toteutetun tutkimuksen tulokset tukivat aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia eli odotukset olivat haastateltavilla samankaltaisia. Prediabeetikoiden vähäinen löytyminen seulontojen perusteella oli yllätys. Odotuksena oli, että prediabetesta sairastavia olisi huomattavasti enemmän kuin heitä seulonnan ja riskitestipisteiden pohjalta löytyi (8 henkilöä 75:stä seulotusta). Haastatteluun kutsutut vastasivat kutsuun myönteisesti, myötävaikuttavan tekijänä oli jo aiempi tapaaminen testauksen ja riskitestin teon vuoksi.

### 9.1 Jatko- ja kehittämis ehdotukset

Yleistyneen internetin käytön myötä Salon kaupungin terveysterveyspalvelujen tulisi siirtää seulonta ja riskitestin teko terveysterveyspalvelujen tuottajien nettisivuille ja sitä kautta selkeä oheistus jatkohoitoyhteyksien tiedoista terveysterveyspalveluihin. Prediabeetikoiden ryhmäohjausmallia voisi käyttää pohjana myös netin kautta tapahtuvaan ohjaukseen. Ryhmäohjausmalliin voisi lisätä linkkejä ravitsemusohjuksesta, liikuntapaikoista, pyöräilyreiteistä ja kuntopoluista ym. Myös ruokapäiväkirjan ja liikuntapäiväkirjan voisi lisätä netin kautta tapahtuvaan ohjaukseen. Seurannan ja ohjauksen tulisi voida toteuttaa myös netissä tapahtuvan ohjauksen kautta. Salon kaupungin liikuntatoimi on ollut ihailtavan valmis yhteistyön tekemiseen terveysterveyspalvelujen ja erityisryhmien kanssa. Tämän kaltaista yhteistyötä tulisi kehittää ja jatkaa. Terveysterveyspalvelua tuottavien tahojen henkilökunnan kouluttaminen diabeteksen hoitoon ja motivoivaan haastatteluun tulisi lisätä, jotta jokaisessa kohtaamisessa terveysterveyspalveluissa tulisi asiakkaita/ potilaita ohjata oikeanlaiseen terveysterveyskäyttämiseen.

## LÄHTEET

- Abzets, P. & Valve, R. 2006. Ikihyvä – ryhmätoimintamalli tukee elintapojen muutosta. Kansanterveyslaitos 2/2006. Viitattu 4.1.2018 Saatavana [www.KTL.fi](http://www.KTL.fi)
- Alahuhta M., Kyngäs H., Korkiakangas E. & Laitinen J. 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. 21,(4), 259-268.
- Alahuhta M., Ukkola T., Korkiakangas, E., Jokelainen T., Keränen A., Kyngäs, H. & Laitinen J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painon hallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. Tutkiva hoitotyö 8 (2), 4-13.
- Angeria, M., Hirvasniemi, R. & Inget, K. 2011. Oulu vei tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon verkkoon. Diabetes ja lääkäri (403), 26 -29. [Viitattu 2.1.2013.] [http://www.diabetes.fi/files/1596/DjaL\\_3\\_2011\\_netti.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1596/DjaL_3_2011_netti.pdf)
- Aro, A. 2004. Diabeteksen lääketieteellinen ravitsemushoito. Duodecim (120), 2108-2111. [Viitattu 22.10.2013.] <http://www.terveysportti.fi.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo>
- Aro, E. 2008. Diabetes ja ruoka - teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemusalan ammattilaisille. Diabetesliitto. Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Barnard, N., Heather, I., Jenkins, D., Cohen, J. & Turner – Mc Grievy, G. 2009. Vegetarian and vegan diets in type 2 diabetes management. Nutrition Reviews (67), 255 - 263. [Viitattu 5.2.2013] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1753-4887.2009.00198.x/abstract>
- Burns, N., Grove, SK. 2005. The Practice of Nursing Research – Conduct, Critique and Utilization. Fifth Editions. Elsevier Saunders, Philadelphia, USA.
- Chen, S. & Lin, C. 2010. The predictors of adopting a health- promoting lifestyle among work site with prediabetes. Journal of Clinical Nursing (19), 2713 -2719.
- Diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärien ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 [Viitattu 13.1.2018.]. Saatavilla Internetissä: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)
- Diabeteksen ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO 2000-2010. Loppuraportti, Kehitys Oy Pori, 2011. [Viitattu 12.2.2013.] [http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon\\_loppuraportti.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon_loppuraportti.pdf)
- Diabetesliitto. 2013. Itse arviointi. [Viitattu 11.1.2013.] [www.diabetesliitto/itsearviointi.fi](http://www.diabetesliitto/itsearviointi.fi)
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Tammi. Helsinki.
- Erikson, J. 2003. Insuliiniresistenssi ja liikunta. Suomen Lääkärilehti (58), 3097- 3098.
- Etu-Seppälä, L., Ilanne-Parikka, P., Haapa, E., Marttila, J., Korkee, S. & Sampo, T. 2004. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003-2010. Diabetesliitto. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Funell, M. & Anderson, R. 2004. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes* 22 (3). [Viitattu 18.8.2014]  
<http://clinical.diabetesjournals.org/content/22/3/123.full.pdf>

Hankonen, N. & Absetz, P. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot katsaus. *Duodecim* (127), 2265–2272. [Viitattu 20.11.2012]  
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo99873.pdf>

Henkilötietolaki 1999/523. [Viitattu 17.1.2016]  
<http://www.finlex.fi/laki/ajantasa/1999/19990523>.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Jackson, R., Asimakopoulou, K. & Scammell, A. 2007. Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *The British Dietetic Association*, (20), 27- 36.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kela, 2011. Laatuseloste lääkkeiden korvattavuudesta. [Viitattu 17.1.2013]  
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/300511124148TL?OpenDocument>

Kivistö, K., Johansson, K., Virtanen, H., Rankinen, S. & Leino-Kilpi, H. 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. *Hoitotiede*, 21(1), 13–22.

Korkiakangas, E. 2010. Aikuisten liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen toimikunta. [Viitattu 12.11.2012]  
<http://herkules oulu.fi/isbn9789514263767/>

Koskenvuo, M. & Mattila, K. 2009. Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Kustannus Oy Duodecim Terveyskirjasto. [Viitattu 19.8.2014]  
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY. Oppimateriaali Oy.

Laaksonen, E. & Lakka, A. 2007. Liikunta on tehokasta täsmälääkettä. *Diabetes ja lääkäri* (12), 18- 22.

Laako, M. & Uusitupa, M. 2007. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. *Duodecim* (123), 1439-1447.

Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäisen hallinta. Saarijärvi, Gummerus.

Lindström, J., Pajunen, P., Rissanen, A., Pölönen, A., Saaristo, T., Peltonen, M. & Tuomilehto, J. 2011. Eurooppalainen suositus diabeteksen ehkäisystä – IMAGE -hankkeen tulokset hyötykäyttöön myös Suomessa. *Suomen Lääkärilehti*. Vsk 66 No. 1-2 / 2011, 49-54.

Lindström, J. & Tuomilehto, J. 2003. The Diabetes Risk Score, a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*, (26), 725 -731. [Viitattu 26.1.2013] <http://care.diabetesjournals.org/reprint/26/3/725>

Lindström, J., Louheranta, A., Manninen, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J. Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2003. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Life-style intervention and 3- years results on diet and physical activity. *Diabetes Care*, (26), 12. [Viitattu 20.2.2013] <http://care.diabetesjournals.org/contact>

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön työhön soveltuvat hoitomallit. Oulu. Oulun yliopistopaino.

NDIC. National Diabetes Information Clearinghouse, 2012. [Viitattu 20.2.2012] <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm>

Oba N., McCaffrey, R., Choonhapran, P., Chutug, P. & Rueangram, S. 2011. Development of a community participation program for diabetes mellitus prevention in primary care unit. Thailand. *Nursing and Health Sciences* (13), 352-359.

Paarlahti, S., Saunamäki, A. & Tuuna, A. 2008. Alueellinen diabeteshoitomalli DILLI -hanke 2006- 2008. [Viitattu 26.5.2013] [https://www.diabetes.fi/files/970/2\\_Diabeteksen\\_hoidon\\_organisointi\\_paikallisesti\\_ja\\_alueellisesti\\_pdf\\_126\\_kt.pdf](https://www.diabetes.fi/files/970/2_Diabeteksen_hoidon_organisointi_paikallisesti_ja_alueellisesti_pdf_126_kt.pdf)

Pieni Päätös Päivässä. 2013. Suomen Sydänliitto, Aivoliitto, Suomen Diabetesliitto, Suomen Mielenterveysseura, Suomen Syöpäyhdistys. [Viitattu 23.2.2013] <http://www.ohjaajaverkko.pienipaatospaivassa.fi>

Rönnemaa, T., Laine, M., Vaahtoranta- Lehtonen, H., Kuntsi, E., Hagström, K., Vainio-Jylhä, E., Hämäläinen, P., Wuotila, K., Ekman, R., Hiltunen, S -L. & Varoma, H. Diabeteksen retinopatian seulonta Varsinais - Suomessa. 2005- 2007. [Viitattu 18.8.2014] [http://www.diabetes.fi/files/970/2\\_Diabeteksen\\_hoidon\\_organisointi\\_paikallisesti\\_ja\\_alueellisesti\\_pdf\\_126\\_kt.pdf](http://www.diabetes.fi/files/970/2_Diabeteksen_hoidon_organisointi_paikallisesti_ja_alueellisesti_pdf_126_kt.pdf)

Saaristo T., Oksa, H., Peltonen, M., Etu - Seppälä, L. Loppuraportti: Dehkon 2D- (D2D) 2003 – 2007. Helsinki. Suomen Diabetesliitto ry 2009.

Saaristo, T., Moilanen, L.; Jokelainen, J.; Oksa, H. Korpi - Hyövähti, E.; Saltevo, J. Vanhala, M. Niskanen, L. Peltonen, M. Tuomilehto, J. Uusitupa, M., Keinänen- Kiukaanniemi, S. 2010. Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin: taudin ilmaantuvuus pieneni D2D -hankkeessa. *Suomen Lääkärilehti* 65 (26), 2369-2379. [Viitattu 11.12.2012] <http://www.laakarilehti.fi/files/SLL262010-2369.pdf>

Salminen, V., Lindström, J., Louheranta, A. & Rastas, M. 2002. Ruokavalio- ja liikunta-neuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. *Suomen Lääkärilehti*, (57), 1379 -1382.

Salon hyvinvointitilinpito. 2010. [Viitattu 20.12.2012] [www.salonkaupunki/terveyspalvelut.fi](http://www.salonkaupunki/terveyspalvelut.fi)

Salon Sosiaali- ja terveystoimi. Terveyspalvelut. [Viitattu 20.1.2013] <http://santra/toimialat/sosiaalijaterveystoimi/terveyspalvelut/Sivut/default.aspx>

Salon terveystalvelujen diabeteskäsikirja. 2012. [Viitattu 20.12.2012]  
[www.salonkaupunki/terveystalvelu.fi](http://www.salonkaupunki/terveystalvelu.fi)

Salminen, V., Lindström, J., Louheranta, A. & Rastas, M. 2002. Ruokavalio- ja liikunta-neuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. Suomen Lääkärilehti, (57), 1379 - 1382.

Saraheimo, M. & Kangas, T. 2006. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne - Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos opas 10. 2011. Tartu toimeen – ehkäise diabetes. Po-ri, Juvenes Print.

Turbyville, S., Robert, C., Sauders, P., Manasi, A., Tirodkat, P., Sarah, H., Sholle, D. & Gregory Pawlson, L. 2010. Classification of Health Plans Based on Relative Resource Use and Quality of Care. The American Journal of Managed Care 17, (8), e301 - e309.

Uusitupa, M. 2005. Sokeri ja diabetes - onko syytä kiristää suitsia?. Suomen Lääkäri-lehti 14,(60), 1557,1558.

Valle, T., Lindström, J., Eriksson, J., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2001. Tyypin 2 dia-betes on ehkäistävissä elämäntapamuutoksilla. Duodecim, 117 (15),1517 -1518.

Vehkavaara, S. 2011. HbA1c - mittauksen käyttöaiheet, tulkinta ja virhelähteet. Duode-cim, 127 (12), 1227 -1234.

Waller, K. 2011 Kaksostutkimus. Vapaa-ajan liikunta pitää vyötärön ympäryksen kurissa - ja ehkäisee tyypin 2 diabetesta. Liikunta ja tiede 48 (5) 4-8. [Viitattu 12.12.2012]  
[http://lts.fi/sites/default/files/page\\_attachment/lts11\\_4-8\\_lowres\\_01.pdf](http://lts.fi/sites/default/files/page_attachment/lts11_4-8_lowres_01.pdf)

Wang, R., Wu Li-C.&Hsu, H. 2011. A Path model of health-related quality of life in Type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in Taiwan. Journal of Advanced Nursing, 67 (12), 2658- 2667.


Winell, K., Soveri, P., Heikkinen, K., Paajanen, M., Satuli-Autere, S., Suominen, L. & Tirkkonen, H. 2011. Systemaattisella laatu työllä parannetaan valtimotautien ehkäisyä Suomen lääkäri lehti, 2011, 66 (22), 1835 -1839. [Viitattu 24.2.2013]  
<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000035914>

Åstedt – Kurki, P. & Heikkinen, R. 1994. Two approaches to the study of experiences of health and old age: the thematic interview and narrative method. Journal of Advanced Nursing, 20, 418 – 421.

Lisää käyttämäsi lähteet tähän kohtaan Lähde-tyylillä.



## Diabetesriskitesti



# Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake

**1. Ikä**

☐ Alle 45 v. (0 p.)

☐ 45–54 v. (2 p.)

☐ 55–64 v. (3 p.)

☐ Yli 64 v. (4 p.)

**2. Painoindeksi**  
(Laske oma painoindeksisi.  
Laskuohje seuraavalla sivulla)

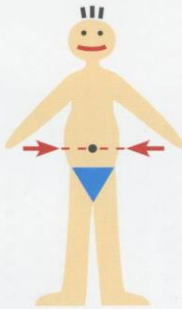
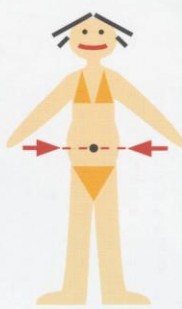
☐ Alle 25 kg/m<sup>2</sup> (0 p.)

☐ 25–30 kg/m<sup>2</sup> (1 p.)

☐ Yli 30 kg/m<sup>2</sup> (3 p.)

**3. Vyötärönympäryys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)**

MIEHET	NAISET	
<input type="checkbox"/> Alle 94 cm	<input type="checkbox"/> Alle 80 cm	(0 p.)
<input type="checkbox"/> 94–102 cm	<input type="checkbox"/> 80–88 cm	(3 p.)
<input type="checkbox"/> Yli 102 cm	<input type="checkbox"/> Yli 88 cm	(4 p.)

**4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?**

☐ Kyllä (0 p.)

☐ Ei (2 p.)

**5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?**

☐ Päivittäin (0 p.)

☐ Harvemmin kuin joka päivä (1 p.)

**6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?**

☐ En (0 p.)

☐ Kyllä (2 p.)

**7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?**

☐ Ei (0 p.)

☐ Kyllä (5 p.)

**8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?**

☐ Ei (0 p.)

☐ Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla) (3 p.)

☐ Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla (5 p.)

**Riskipisteitä yhteensä**

□

**Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on**

**alle 7 Pieni:** arviolta yksi sadasta sairastuu

**7–11 Jonkin verran lisääntynyt:** arviolta yksi 25:stä sairastuu

**12–14 Kohtalainen:** arviolta joka kuudes sairastuu

**15–20 Suuri:** arviolta joka kolmas sairastuu

**yli 20 Hyvin suuri:** arviolta puolet sairastuu

## MITÄ VOIT TEHDÄ SAIRASTUMISRISKIN PIENENTÄMISEKSI?

Et voi vaikuttaa ikääsi, etkä perinnölliseen alttiuteen. Sen sijaan muut diabetekselle altistavat tekijät – liikapaino, vatsakkuus, vähäinen liikunta, ruokatottumukset ja tupakointi – ovat omia valintojasi. Elämäntapoihisi liittyvillä valinnoilla voit joko koonaan ehkäistä tai ainakin siirtää tyyppin 2 diabetesta mahdollisimman myöhäisiin vuosiin.

Jos suvussasi on diabetesta, ole erityisen tarkka siinä, että painosi ei pääse vuosien mittaan nousemaan. Erityisesti vyötärönmitan kasvaminen merkitsee riskin lisääntymistä. Kohotuullinen ja säännöllinen liikunta laskee diabetesariskiä. Kiinnitä huomiota myös ruokavalioosi: nauti päivittäin runsaasti kuitupitoisia viljatuotteita ja kasviksia. Jätä pois ylimääräiset ko-

vat rasvat ja suosi pehmeitä kasvirasvoja.

Tyyppin 2 diabetes ei alkuvaiheessa yleensä aiheuta mitään oireita.

### JOS SAIT TESTISSÄ 7–14 PISTETTÄ

● Sinun kannattaa pohtia liikunta- ja ruokatottumuksiasi ja kiinnittää huomiota painoosi estääksesi diabeteksen kehittymistä.

● Ota yhteyttä terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon saadaksesi lisäneuvoja.

### JOS SAIT TESTISSÄ 15–20 PISTETTÄ

● Hakeudu terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle sairastumisriskisi tarkempaan arviointiin.

### JOS SAIT TESTISSÄ YLI 20 PISTETTÄ

● Hakeudu ensi tilassa terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle verensokerin mittaukseen (sekä paastoarvo että sokerirasituksen tai aterian jälkeinen arvo) mahdollisen oireettoman diabeteksen toteamiseksi.

*Tyyppin 2 diabeteksen riskitesti on Diabetesliiton julkaisema (10/2001) ja sen ovat suunnitelleet professori Jaakko Tuomilehto Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitokselta ja erikoistutkija Jaana Lindström Kansanterveyslaitokselta. Testi perustuu laajaan tutkimusaineistoon.*

## PAINOINDEKSI

Normaalipainon arvioinnissa käytetään painoindeksiä, joka lasketaan siten, että paino jaetaan pituuden neliöllä. Esimerkki: jos pituutta on 165 cm ja painoa 70 kg, on painoindeksi  $25,7$  ( $70 / (1,65 \times 1,65) = 25,7$ ).



Kun painoindeksi on 25–30, laihduttamisesta on hyötyä, ja erityisesti kannattaa huolehtia, ettei paino ainakaan nouse. Kun painoindeksi on yli 30, lihavuuden terveydelliset haitat alkavat selvästi lisääntyä ja laihduttaminen on tärkeää.

Painoindeksi- eli BMI-taulukko

Pituus (cm)	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
198	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
196	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
194	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
192	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36																					
190	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36																					
188	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36																					
186	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36																					
184	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37																					
182	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37																					
180	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37																					
178	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38																					
176	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38																					
174	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39																					
172	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39																					
170	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39																					
168	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40																					
166	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40																					
164	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41																					
162	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41																					
160	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42																					
158	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42																					
156	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43																					
154	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43																					
152	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44																					
normaalipaino																									lievä lihavuus				merkittävä lihavuus				vaikea lihavuus				sairaaloinen lihavuus							
Paino (kg)	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136

## TEEMAHAASTATTELURUNKO

Ikä, sukupuoli, koulutus, ammatti, terveydentila

### Teema 1: Odotukset ryhmäohjaukselta

Mistä diabeteksen ehkäisyyn liittyvistä asioista haluaisit tietoa ryhmän tapaamisissa?

Minkälaisia ohjausmenetelmiä toivoisit käytettävän?

Minkälaista ravitsemusohjausta kaipaat?

Minkälaista liikuntaohjausta kaipaat?

Mistä asioista haluaisit keskustella ryhmässä?

Mitä muita toiveita sinulla on ohjauksen sisällön suhteen?

### Teema 2: Odotukset ryhmätoiminnalta

Mistä asioista on mielestäsi tärkeä sopia, jotta ryhmä toimii hyvin ja saavuttaa tavoitteensa?

Minkälainen ryhmä olisi mielestäsi hyvä kooltaan?

Minkälaista aikataulutusta pitäisi hyvänä ryhmän tapaamisissa? (Kuinka usein, kuinka kauan kerralla, ryhmäohjauksen kokonaiskesto...)

Minkälainen olisi mielestäsi hyvä ryhmätapaamisten ympäristö?

Mitä erilaista toimintaa toivoisit ryhmässä järjestettävän? (Ulkona, sisällä...)

Mitä toivoisit ryhmän jäseniltä? Minkälainen ryhmän jäsen itse olisit?

Mitä toivoisit ryhmän ohjaajalta?

Mitä muita toiveita sinulla on ryhmätoiminnan suhteen?

Miten vertailisit yksilö- ja ryhmäohjausta (edut – ongelmat / haasteet)? Kumpi sopisi paremmin omaan elämäntilanteeseesi ja miksi?

### Teema 3: Elämäntapamuutoksessa tarvittava tuki

Mihin asioihin tarvitsisit mielestäsi tukea, jotta onnistuisit pysyvästi elämäntapamuutoksessa?

Miten ryhmä ja ryhmätoiminta voisi mielestäsi tukea sinua näissä asioissa?

Miten haluaisit tuen tai seurannan tapahtuvan ryhmätapaamisten välillä?

## SAATEKIRJE

Opinnäytetyön nimi: Diabeteksen ennaltaehkäisy sairastumisriskissä olevien omahoidon tukemalla

Päiväys 16.11.2015

### Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Teitä vastaamaan haastatteluun, jonka tavoitteena on selvittää diabetesriskissä olevien odotuksia hyvästä ryhmäohjauksesta ja ryhmätoiminnasta sekä heidän tarvitsemastaan tuesta diabeteksen ennaltaehkäisyä edellyttävässä elämäntapamuutoksessa. Tutkimustuloksia on tarkoitus hyödyntää ryhmäohjaus- ja ryhmätoimintamallin suunnittelussa prediabeetikoille.

Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Salon kaupungin terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy -hankkeeseen. Lupa aineiston keruuseen on saatu Salon kaupungin terveystalouden johtavalta hoitajalta 8.10.2014.

Teidän vastauksenne haastattelussa on arvokasta tietoa. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Haastattelun tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Olkaa ystävällinen ja jättäkää vastauksenne haastattelun yhteydessä ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijalle Sirkku Riikoselle.

Tämä haastattelu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Salmela Marjo yliopettaja Turun amk/ Kliininen asiantuntija/ Terveys ja hyvinvointi.

Vastauksistanne kiittäen

Sairaanhoitaja/ Sirkku Riikonen yamk-opiskelija  
Yhteystiedot sirkku.riikonen@edu.turkuamk.fi

### Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa \_\_\_\_\_ opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimen selvennys \_\_\_\_\_

Yhteystiedot (tarvittaessa) \_\_\_\_\_

## TUTKIMUSTIEDOTE

Prediabeetikoiden näkemykset ja toiveet hyvästä ryhmäohjauksesta ja -toiminnasta - tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Salon kaupungin terveystieteen palvelujen organisaation terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy -hankkeeseen. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää prediabeetikoiden odotuksia hyvästä ryhmäohjauksesta ja ryhmätoiminnasta sekä heidän tarvitsemastaan tuesta. Tutkimustuloksia on tarkoitus hyödyntää ryhmäohjaus- ja ryhmätoimintamallin suunnittelussa prediabeetikoille.

Tutkimusaineistoa kerätään teemahaastatteluilla niiltä henkilöiltä, joilla on todettu prediabetes seulonnoissa. Seulonnat toteutettiin 45–50 -vuotiaiden naisten PAPA-tarkastuksen yhteydessä, työterveystarkastuksissa, terveyskeskussairaalan henkilökunnalle ja työttömien terveystarkastusten yhteydessä vuosina 2013–2014 diabetesriskipistetestin avulla ja pitkäaikaisverensokerimittauksella. Henkilöitä oli yhteensä 8, ja heitä kaikkia pyydetään osallistumaan haastatteluun. Haastattelujen ajankota on viikoilla 13 – 14 vuonna 2016. Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavassa kehittämisprojektissa ”Diabeteksen ennaltaehkäisy sairastumisriskissä olevien omahoitoa tukemalla”, jonka tavoitteena on luoda prediabeetikoille ryhmäohjaus- ja ryhmätoimintamalli Salon kaupungin terveystieteen palveluissa. Tutkimuksesta saa lisätietoja

Nimi Sirkku Riikonen  
yamk-opiskelija  
Klininen asiantuntija  
Puhelinnumero 027723670  
sirkku.riikonen@edu.turkuamk.fi